# Rapport ministériel sur le rendement

## Santé Canada

**2014-2015**

L'honorable D^re^ Jane Philpott, C.P., députée
Ministre de la Santé

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada,
Représentée par le Président du Conseil du Trésor, 2013

N° de catalogue. H1-9/6F-PDF
ISSN 2368-3562

Le présent document est disponible sur le site Web du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada[i]

Le présent document est disponible sur demande dans des formats de rechange.

# Table des matières

Message de la ministre ..... 1
Section I : Vue d'ensemble des dépenses de l'organisation ..... 3
Profil de l'organisation ..... 3
Contexte organisationnel ..... 4
Dépenses réelles ..... 19
Harmonisation des dépenses avec le cadre pangouvernemental ..... 22
Tendances relatives aux dépenses du ministère ..... 24
Dépenses par credit voté ..... 25
Section II : Analyse des programmes par résultat stratégique ..... 26
Résultat stratégique 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ..... 26
Programme 1.1 : *Politique du système de santé canadien* ..... 26
Sous-programme 1.1.1 : *Priorités du système de santé* ..... 28
Sous-programme 1.1.2 : *Administration de la Loi canadienne sur la santé* ..... 31
Programme 1.2 : *Services de santé spécialisés* ..... 33
Programme 1.3 : *Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire* ..... 36
Résultat stratégique 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances, et aux facteurs environnementaux, sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens ..... 39
Programme 2.1 : *Produits de santé* ..... 39
Sous-programme 2.1.1 : *Médicaments pharmaceutiques* ..... 41
Sous-programme 2.1.2 : *Produits biologiques et radiopharmaceutiques* 43
Sous-programme 2.1.3 : *Matériels médicaux* ..... 46
Sous-programme 2.1.4 : *Produits de santé naturels* ..... 48
Programme 2.2 : *Salubrité des aliments et nutrition* ..... 50
Sous-programme 2.2.1 : *Salubrité des aliments* ..... 53
Sous-programme 2.2.2 : *Politique et promotion de la nutrition* ..... 55
Programme 2.3 : *Risques pour la santé liés à l'environnement* ..... 58
Sous-programme 2.3.1 : *Changements climatiques et santé* ..... 60
Sous-programme 2.3.2 : *Qualité de l'air* ..... 62
Sous-programme 2.3.3 : *Qualité de l'eau* ..... 65
Sous-programme 2.3.4 : *Incidence des produits chimiques sur la santé* 67
Programme 2.4 : *Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail* ..... 70
Sous-programme 2.4.1 : *Sécurité des produits de consommation* ..... 72
Sous-programme 2.4.2 : *Sécurité des produits chimiques au travail* ..... 74
Programme 2.5 : *Consommation et abus de substances* ..... 76
Sous-programme 2.5.1 : *Produits du tabac* ..... 79
Sous-programme 2.5.2 : *Substances contrôlées* ..... 81
Programme 2.6 : *Radioprotection* ..... 84
Sous-programme 2.6.1 : *Radioprotection environnementale et surveillance* ..... 86
Sous-programme 2.6.2 : *Dispositifs émettant des radiations* ..... 88

Sous-programme 2.6.3 : *Services de dosimétrie* ..... 90
Programme 2.7 : *Pesticides* ..... 92
Résultats stratégique 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé ..... 95
Programme 3.1: *Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits* ..... 95
Sous-programme 3.1.1 : *Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits* ..... 97
Sous-sous programme 3.1.1.1 : *Développement des enfants en santé* 100
Sous-sous programme 3.1.1.2 : *Bien-être mental* ..... 103
Sous-sous programme 3.1.1.3 : *Vie saine* ..... 105
Sous-programme 3.1.2 : *Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits* ..... 108
Sous-sous programme 3.1.2.1 : *Contrôle et gestion des maladies transmissibles* ..... 111
Sous-sous programme 3.1.2.2 : *Hygiène du milieu* ..... 113
Sous-programme 3.1.3 : *Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits* ..... 116
Sous-sous programme 3.1.3.1 : *Pratique clinique et soins aux clients* 118
Sous-sous programme 3.1.3.2 : *Soins à domicile et en milieu communautaire* ..... 120
Programme 3.2 : *Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits* ..... 122
Programme 3.3 : *Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits* ..... 124
Sous-programme 3.3.1 : *Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits* ..... 127
Sous-sous programme 3.3.1.1 : *Planification de la santé et gestion de la qualité* ..... 129
Sous-sous programme 3.3.1.2 : *Ressources humaines en santé* ..... 131
Sous-sous programme 3.3.1.3 : *Établissements de santé* ..... 133
Sous-programme 3.3.2 : *Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits* ..... 135
Sous-sous programme 3.3.2.1 : *Intégration de systèmes* ..... 137
Sous-sous programme 3.3.2.2 : *Infostructure cybersanté* ..... 139
Sous-programme 3.3.3 : *Gouvernance tripartite en matière de santé* 141
Services internes ..... 144
Section III : Renseignements supplémentaires ..... 148
Faits saillants des états financiers ..... 148
États financiers ..... 150
Tableaux de renseignements supplémentaires ..... 150
Dépenses fiscales et évaluations ..... 151
Section IV : Coordonnées de l'organisation ..... 152
Annexe : Définitions ..... 153
Notes de fin de document ..... 156

# Message de la ministre

C'est un immense honneur pour moi d'avoir été nommée ministre fédérale de la Santé.

Au cours des semaines et des mois à venir, le gouvernement présentera un programme ambitieux en matière de santé. Ma priorité absolue est de renforcer notre système de santé universel financé par l'État et de s'assurer qu'il s'adapte aux nouveaux défis. Pour ce faire, je collaborerai avec mes collègues provinciaux et territoriaux afin d'appuyer leurs efforts visant à rendre les soins à domicile plus disponibles, les médicaments sur ordonnance plus abordables et les soins de santé mentale plus accessibles.

Le gouvernement a également promis d'établir une relation renouvelée, de nation à nation, avec les peuples autochtones du Canada. Pour parvenir à remplir cette promesse, il sera primordial que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits poursuive ses efforts visant à améliorer les services de santé et à créer des partenariats novateurs avec les Premières Nations et les Inuits.

De plus, je demanderai à Santé Canada de prendre d'importantes mesures stratégiques et réglementaires pour aider les Canadiens à vivre plus sainement. Il s'agira notamment d'adopter un emballage générique pour les produits du tabac; d'imposer de nouvelles restrictions sur la commercialisation des aliments et boissons nuisibles pour la santé auprès des enfants; d'élaborer une réglementation plus sévère afin d'éliminer les gras trans et de réduire la quantité de sel dans les aliments transformés; et d'améliorer l'étiquetage des aliments.

Des politiques efficaces fondées sur des données probantes seront essentielles pour la mise en œuvre de ce programme du gouvernement. Les experts scientifiques et stratégiques dévoués de Santé Canada sont respectés dans le monde entier. Je ferai appel à eux pour obtenir les conseils de grande qualité qui ont fait leur renommée.

Le *Rapport ministériel sur le rendement de 2014-2015* décrit les gestes que Santé Canada a posés l'an dernier pour aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. À titre de ministre de la Santé, je me réjouis à l'idée d'aller de l'avant dans la réalisation des priorités clés de mon mandat au cours de la prochaine année, en créant une culture de collaboration et de prise de décisions fondée sur des données probantes qui renforcera les soins de santé, améliorera la santé publique et se traduira par de meilleurs résultats pour tous les Canadiens en matière de santé.

**L'honorable D^re^ Jane Philpott, C.P., députée**
**Ministre de la Santé**

# Section I : Vue d'ensemble des dépenses de l'organisation

## Profil de l'organisation

**Ministre de tutelle :** L'honorable D^re^ Jane Philpott, C.P., députée

**Premier dirigeant :** Simon Kennedy

**Portefeuille ministériel :** Santé

**Instrument habilitants :** *Loi canadienne sur la santé*[ii], *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*[iii], *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*[iv], *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*[v], *Loi sur les aliments et drogues*[vi], *Loi sur le tabac*[vii], *Loi sur les produits dangereux*[viii], *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*[ix], *Loi sur le ministère sur le ministère de la santé*[x], *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*[xi], *Loi sur les produits antiparasitaires*[xii].

Liste des lois et règlements[xiii]

**Année d'incorporation ou de création :** 1913

**Autre :** L'Agence canadienne d'inspection des aliments fait partie du portefeuille de la santé depuis octobre 2013.

# Contexte organisationnel

## Raison d'être

Santé Canada réglemente certains produits et certaines substances contrôlées, travaille avec des partenaires en vue de favoriser la santé des collectivités inuites et des Premières Nations, encourage l'innovation et la mise en commun d'information au sein du système de santé canadien pour aider la population canadienne à maintenir et à améliorer son état de santé et contribue à améliorer le bilan du Canada en tant que pays comptant l'une des populations les plus en santé au monde.

La ministre de la Santé est responsable de cet organisme.

## Responsabilités

À titre d'**organisme de réglementation**, Santé Canada est responsable des régimes réglementaires régissant la sécurité des produits, c'est-à-dire les aliments, les produits pharmaceutiques, les instruments médicaux, les produits de santé naturels, les produits de consommation, les substances chimiques, les dispositifs émettant des radiations, les cosmétiques et les pesticides. Santé Canada réglemente également les produits du tabac et les substances contrôlées et aide à gérer les risques pour la santé que présentent les facteurs environnementaux tels que l'air, l'eau les radiations et les contaminants.

Santé Canada est également un **fournisseur de services**. Pour les collectivités inuites et des Premières Nations, le Ministère assure le financement de services de soins de première ligne dans les collectivités éloignées et isolées et des programmes de santé publique, notamment de lutte contre les maladies transmissibles (hors des territoires), de soins à domicile et communautaires, de même que des programmes de santé communautaires axés sur les enfants et les jeunes, la santé mentale et les toxicomanies. Santé Canada offre également une gamme restreinte de biens et de services de santé médicalement nécessaires aux membres des collectivités inuites et des Premières Nations reconnus admissibles mais non couverts par d'autres programmes publics ou des régimes d'assurance privés.

Santé Canada est un **catalyseur de l'innovation, un bailleur de fonds et un fournisseur d'information** au sein du système de santé du Canada. Il collabore étroitement avec les gouvernements des provinces et des territoires afin de définir des approches nationales à l'égard d'enjeux touchant le système de santé et encourage l'adoption de pratiques exemplaires à l'échelle du pays. Il applique la *Loi canadienne sur la santé*, laquelle énonce les principes nationaux d'un système de soins de santé universel et équitable financé par l'État. Dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé du gouvernement fédéral, Santé Canada fournit un soutien stratégique aux provinces et aux territoires et finance sous forme de subventions et de contributions divers organismes pour faciliter l'atteinte des objectifs généraux du système de santé. Santé Canada tire profit des recherches scientifiques et stratégiques d'avant-garde pour assurer la production et l'échange de connaissances et de renseignements afin de soutenir la prise de décisions par les Canadiens, l'élaboration et la mise en œuvre de règlements et de normes ainsi que l'innovation en santé.

## Résultats stratégiques et architecture d'alignement des programmes

1 **Résultat stratégique :** Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens
- 1.1 **Programme :** Politique du système de santé canadien
  - 1.1.1 **Sous-programme :** Priorités du système de santé
  - 1.1.2 **Sous-programme :** Administration de la *Loi canadienne sur la santé*
- 1.2 **Programme :** Services de santé spécialisés
- 1.3 **Programme :** Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire

2 **Résultat stratégique :** Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances, et aux facteurs environnementaux, sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens
- 2.1 **Programme :** Produits de santé
  - 2.1.1 **Sous-programme :** Médicaments pharmaceutiques
  - 2.1.2 **Sous-programme :** Produits biologiques et radiopharmaceutiques
  - 2.1.3 **Sous-programme :** Matériels médicaux
  - 2.1.4 **Sous-programme :** Produits de santé naturels
- 2.2 **Programme :** Salubrité des aliments et nutrition
  - 2.2.1 **Sous-programme :** Salubrité des aliments
  - 2.2.2 **Sous-programme :** Politique et promotion de la nutrition
- 2.3 **Programme :** Risques pour la santé liés à l'environnement
  - 2.3.1 **Sous-programme :** Changements climatiques et santé
  - 2.3.2 **Sous-programme :** Qualité de l'air
  - 2.3.3 **Sous-programme :** Qualité de l'eau
  - 2.3.4 **Sous-programme :** Incidence des produits chimiques sur la santé
- 2.4 **Programme :** Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail
  - 2.4.1 **Sous-programme :** Sécurité des produits de consommation
  - 2.4.2 **Sous-programme :** Sécurité des produits chimiques utilisés au travail
- 2.5 **Programme :** Consommation et abus de substances
  - 2.5.1 **Sous-programme :** Produits du tabac
  - 2.5.2 **Sous-programme :** Substances contrôlées
- 2.6 **Programme :** Radioprotection
  - 2.6.1 **Sous-programme :** Radioprotection environnementale et surveillance
  - 2.6.2 **Sous-programme :** Dispositifs émettant des radiations
  - 2.6.3 **Sous-programme :** Services de dosimétrie
- 2.7 **Programme :** Pesticides

3 **Résultat stratégique :** Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé
- 3.1 **Programme :** Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits
  - 3.1.1 **Sous-programme :** Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits
    - 3.1.1.1 **Sous-sous programme :** Développement des enfants en santé
    - 3.1.1.2 **Sous-sous programme :** Bien-être mental
    - 3.1.1.3 **Sous-sous programme :** Vie saine

- **3.1.2 Sous-programme :** Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits
  - **3.1.2.1 Sous-sous programme :** Contrôle et gestion des maladies transmissibles
  - **3.1.2.2 Sous-sous programme :** Hygiène du milieu
- **3.1.3 Sous-programme :** Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits
  - **3.1.3.1 Sous-sous programme :** Pratique clinique et soins aux clients
  - **3.1.3.2 Sous-sous programme :** Soins à domicile et en milieu communautaire

**3.2 Programme :** Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits

**3.3 Programme :** Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits

- **3.3.1 Sous-programme :** Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits
  - **3.3.1.1 Sous-sous programme :** Planification de la santé et gestion de la qualité
  - **3.3.1.2 Sous-sous programme :** Ressources humaines en santé
  - **3.3.1.3 Sous-sous programme :** Établissements de santé
- **3.3.2 Sous-programme :** Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits
  - **3.3.2.1 Sous-sous programme :** Intégration de systèmes
  - **3.3.2.2 Sous-sous programme :** Infostructure cybersanté
- **3.3.3 Sous-programme :** Gouvernance tripartite en matière de santé

**Services internes**

- **Sous-SI :** Soutien à la gouvernance et à la gestion
  - **Sous-sous SI :** Services de gestion et de supervision
  - **Sous-sous SI :** Services des communications
  - **Sous-sous SI :** Services juridiques
- **Sous-SI :** Services de gestion des ressources
  - **Sous-sous SI :** Services de gestion des ressources humaines
  - **Sous-sous SI :** Services de gestion financière
  - **Sous-sous SI :** Services de gestion de l'information
  - **Sous-sous SI :** Services des technologies de l'information
  - **Sous-sous SI :** Autres services administratifs
- **Sous-SI :** Services de gestion des biens
  - **Sous-sous SI :** Services immobiliers
  - **Sous-sous SI :** Services liés au matériel
  - **Sous-sous SI :** Services liés aux achats

## Priorités organisationnelles

### Priorités organisationnelles – Priorité I

| Priorité | Type[1] | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité I** – Promouvoir l'innovation dans le système de santé | En cours | RS1<br>1.1 Politique du système de santé canadien |
| **Sommaire des progrès** | | |
| Le système de soins de santé joue un rôle essentiel dans la satisfaction des besoins en santé des Canadiens. Même si la prestation des soins de santé est principalement de compétence provinciale, le gouvernement fédéral joue un rôle permanent dans le financement des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, dans la préservation des principes de base de la *Loi canadienne sur la santé* et dans le soutien de l'innovation dans les soins de santé et de la collaboration entre les administrations. Santé Canada peut contribuer à améliorer la qualité et la viabilité des soins alors que le système continue d'évoluer dans un contexte de changements technologiques et démographiques et de contraintes budgétaires.<br><br>En 2014-2015, Santé Canada a travaillé avec les provinces, les territoires et d'autres partenaires en santé au renouvellement du système de santé, à son innovation et à sa viabilité. Le Ministère a appuyé l'engagement de la ministre de faire participer le public et les intervenants aux possibilités et aux défis soulevés par le système de santé du Canada dans le cadre de discours, de tables rondes et d'activités de sensibilisation et a poursuivi les discussions avec les provinces et les territoires sur l'innovation en matière de soins de santé. En juin 2014, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé a été créé avec le mandat d'explorer les idées et les approches créatives qui existent au Canada et à l'étranger puis de déterminer celles qui présentent le plus grand potentiel pour le Canada. Le groupe a mené une vaste consultation auprès des gouvernements, des intervenants et de la population canadienne et terminera ses travaux en 2015.<br><br>Santé Canada a géré des priorités liées aux soins de santé en collaborant avec d'importants partenaires de tout le pays et d'autres organisations dans le cadre de son programme de subventions et de contributions. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons le soutien aux organismes qui suivent :<br><br>• L'Inforoute Santé du Canada (ISC), dont le mandat est de moderniser les systèmes électroniques d'information sur la santé, en tant qu'éléments importants de l'innovation dans les soins de santé.<br>• L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui se consacre à l'amélioration et à la publication d'information d'intérêt national sur la santé.<br>• Le Partenariat canadien contre le cancer (PCC), qui a accéléré l'acquisition de nouvelles connaissances et coordonné des approches visant à faire progresser la lutte contre le cancer au Canada.<br>• L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), qui renseigne les décideurs du domaine de la santé sur l'efficacité et la rentabilité des | | |

[1] Les différents types de priorités sont les suivants : *priorité déjà établie* – établie au cours du premier ou du deuxième exercice précédant l'exercice visé dans le Rapport; *priorité permanente* – établie au moins trois exercices avant l'exercice visé dans le rapport; *priorité nouvelle* – établie au cours de l'exercice visé dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) ou le Rapport ministériel sur le rendement (RMR).

technologies de la santé.
- La Commission de la santé mentale du Canada et ses partenaires, afin de mettre en œuvre des changements dans le réseau de la santé mentale au moyen de l'innovation.
- Le Fonds de recherche sur le cerveau du Canada, géré par la Fondation Neuro Canada, qui se consacre à stimuler la recherche de pointe sur le cerveau.
- L'Institut canadien pour la sécurité des patients, afin d'accélérer la cadence des progrès réalisés dans la sécurité des soins aux patients.

Santé Canada a coordonné son approche en matière de recherche sur les systèmes de santé, a consulté les organismes du portefeuille de la Santé et le milieu universitaire, et a renforcé la capacité de recherche interne axée sur les tendances observées dans le système de santé et les répercussions qu'il subit. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons ceux qui suivent :

- L'analyse du nouvel environnement des politiques en matière de technologie des soins de santé afin de déterminer les domaines de collaboration éventuelle.
- L'inauguration d'une série de projets, dont : un projet sur les besoins en soins continus de la population vieillissante; un projet de recherche stratégique sur l'assurance-maladie sociale visant à contribuer à l'enrichissement des données probantes sur l'utilisation et l'abordabilité des soins à domicile et sur les besoins des établissements de soins de longue durée; de même qu'un projet visant à approfondir la compréhension du rôle des technologies non liées aux médicaments en tant que facteur déterminant du coût du système de santé.

## Priorités organisationnelles – Priorité 3

| Priorité | Type | Résultats stratégiques (et/ou) programmes |
|---|---|---|
| **Priorité 3 : Moderniser la législation et les programmes de protection de la santé** | En cours | RSS2<br>2.1 Produits de santé<br>2.2 Salubrité des aliments et nutrition<br>2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement<br>2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail<br>2.5 Consommation et abus de substances<br>2.6 Radioprotection<br>2.7 Pesticides |

### Sommaire des progrès

Santé Canada est responsable d'un régime de réglementation de produits touchant la vie quotidienne des Canadiens comme les produits de consommation, les aliments, les produits pharmaceutiques, les instruments médicaux, les produits de santé naturels, les produits chimiques, les dispositifs émettant des radiations, les cosmétiques, les pesticides, les produits du tabac et les substances contrôlées. Il aide également à gérer les risques que présentent les facteurs environnementaux et les effets sur la santé associés à la qualité de l'air et de l'eau, aux radiations et aux contaminants environnementaux. Les changements technologiques rapides et l'arrivée sur le marché de nouveaux produits qui brouillent les définitions traditionnelles et contiennent des éléments novateurs mettent à l'épreuve la capacité du Ministère à s'acquitter de son mandat en matière de santé et de sécurité. Afin de relever ce défi, Santé Canada continue de moderniser ses programmes de réglementation.

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre d'une approche fondée sur les risques dans l'intérêt de la sécurité des produits de consommation au Canada. Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre d'un processus d'examen de la réglementation fondée sur les risques dans le cadre d'un plan progressif [illegible] séquentiel. Le processus d'examen de la réglementation garantira à Santé Canada que sa série de règlements permet toujours de s'attaquer aux risques que posent les produits de consommation et qu'elle respecte les exigences découlant de la Directive du Cabinet sur la gestion de la réglementation.
- Le plan de travail retenu du Cadre d'engagement conjoint (Canada, États-Unis (É.-U.) et Mexique) a mené à la mise en place de quatre équipes de projet visées regroupant des membres des trois pays pour échanger des renseignements techniques et de l'information relative aux importations ainsi qu'à la réalisation de campagnes conjointes de sensibilisation à la sécurité dans les sports (juin 2014), à la sécurité des bébés (septembre 2014) et aux exigences s'appliquant à l'industrie des jouets et des jouets (septembre 2014 et février 2015).
- Les trois pays ont également participé à une campagne internationale de sensibilisation de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les piles boutons et les capsules de détergent à lessive.
- Santé Canada a continué de renforcer ses rapports de surveillance et ses demandes ponctuelles d'activités d'analyse afin d'étoffer ses activités de sensibilisation, de conformité et d'application de la loi.
- Suivant une approche fondée sur les risques, 13 projets de plan d'application cyclique (PAC) ont été lancés pour un certain nombre de catégories de produits qui sont visées par la Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation. À ce jour, ces projets de PAC ont mené à des mesures d'application de la loi à l'égard de produits non conformes, dont

*29 rappels. Au total, quelque 250 rappels de produits non conformes ont été affichés en* 2014-2015.
- De plus, Santé Canada a publié le premier Résumé trimestriel de Rapports d'incident du Programme de la sécurité des produits de consommation et le premier Rapport sommaire sur l'application de la réglementation relative aux produits de consommation en mars 2015.

On a procédé à la mise en œuvre du Système général harmonisé (SGH) de classification et d'étiquetage des produits chimiques en 2014-2015. Le 11 février 2015, le gouvernement du Canada a publié dans la *Gazette du Canada, Partie II*, le *Règlement sur les produits dangereux*[xiv], qui, en plus des modifications apportées à la *Loi sur les produits dangereux* en vertu de la *Loi n° 1 sur le Plan d'action économique de 2014*[xv], modifiait le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) de 1988 afin de mettre en place le SGH pour les substances chimiques en milieu de travail. En adoptant le SGH, le Canada a atteint l'objectif du Plan d'action conjoint du Conseil de coopération en matière de réglementation (CCR) qui vise à réduire les obstacles au commerce et à apporter des avantages à tous les intervenants en réduisant les coûts pour les fournisseurs et en garantissant aux employeurs et aux travailleurs un accès à de l'information uniforme et cohérente sur les matières dangereuses.

En 2014-2015, Santé Canada a continué de protéger la santé et la sécurité de la population canadienne tout en examinant et en actualisant ses différents cadres de réglementation au regard de données de recherches scientifiques solides. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons ceux qui suivent :

- La *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa)*[xvi] a reçu la sanction royale en novembre. Celle-ci modifie la *Loi sur les aliments et drogues* en vue d'améliorer la capacité de Santé Canada à recueillir de l'information sur l'innocuité d'un produit après sa mise en marché et de prendre les mesures qui s'imposent lorsqu'un risque grave pour la santé est cerné. Elle intègre dorénavant l'obligation, pour certains établissements de santé, de déclarer à Santé Canada les renseignements sur les réactions indésirables graves à un médicament et les incidents liés à des instruments médicaux.
- Le Règlement modifiant le *Règlement sur les aliments et drogues*[xvii] (étiquetage, emballage et marques nominatives des drogues pour usage humain) a été publié. Il aura pour effet d'accroître l'utilisation sécuritaire des médicaments en rendant les étiquettes des médicaments et l'information sur l'innocuité plus facile à lire et à comprendre.
- Le Ministère a mené des consultations au sujet d'un nouveau cadre pour les produits de santé destinés aux consommateurs (cadre du PSC), lequel vise à mettre en place une approche cohérente au sujet des produits présentant des risques semblables (produits de santé naturels, cosmétiques, médicaments en vente libre et désinfectants) et qui prévoit des exigences proportionnelles aux bienfaits, aux dangers et au profil d'incertitude de ces produits.

En 2014-2015, Santé Canada a contribué aux efforts du gouvernement du Canada visant à réduire le fardeau associé à l'observation de la réglementation en plus d'appuyer la coopération avec des partenaires commerciaux de premier plan. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons ceux qui suivent :

- Le rôle de chef de file joué par Santé Canada dans des activités de collaboration internationale portant sur l'examen de médicaments génériques. Ces activités ont facilité l'utilisation efficace des ressources grâce à l'échange de renseignements et aux travaux menés conjointement avec des homologues internationaux responsables de la réglementation.
- Le travail en étroite collaboration avec les É.-U., l'Australie et le Brésil à la conception du Programme unique d'audit pour le matériel médical (MDSAP) afin d'offrir un processus unique et efficace de vérification des fabricants d'instruments médicaux.
- Dans le cadre de l'initiative du Conseil de coopération en matière de réglementation (CCR), le Canada et les É.-U. ont procédé à l'examen simultané, aux fins d'homologation, de deux

médicaments à usage vétérinaire; neuf médicaments sont actuellement présentés en vue d'un examen parallèle.

Santé Canada a mis à la disposition des citoyens et des intervenants l'information dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées en plus de favoriser l'adoption d'un système de réglementation efficace et transparent pour la protection de la santé, comme mentionné dans Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture en matière de réglementation[xviii] 2014-2015 de Santé Canada. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons ceux qui suivent :

- La publication, à l'intention de la population canadienne, de 20 résumés de l'examen de l'innocuité rédigés en langage clair sur des médicaments délivrés sur ordonnance et un autre sur un médicament en vente libre.
- La publication du premier résumé de l'examen de l'innocuité rédigé en langage clair d'un document de décision aux fins d'approbation d'un nouvel aliment[xix], soit la pomme Arctic[xx].
- L'élaboration de la prochaine étape de la campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive qui porte essentiellement sur les portions et le pourcentage de la valeur quotidienne.

Santé Canada a continué d'administrer un programme de réglementation des pesticides axé sur la protection de la santé humaine et de l'environnement en respectant les délais, et de façon transparente et responsable. Il a également continué de répondre aux exigences relatives à la réglementation, aux échéanciers et au rendement de la *Loi sur les produits antiparasitaires*, y compris l'évaluation et la réévaluation des pesticides, la conformité et l'application de la loi ainsi que les stratégies de sensibilisation et de réduction des risques, en dépit de l'évolution des contraintes et des priorités de la charge de travail.

## Priorités organisationnelles – Priorité III

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité III** – Renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits | En cours | RS3<br>3.1 Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits<br>3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits<br>3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits<br>Services internes (DGDPF – GI-TI) |

**Sommaire des progrès**

Les Premières Nations et les Inuits éprouvent toujours de grandes difficultés dans le domaine de la santé. Santé Canada joue un rôle important en soutenant la prestation de programmes et de services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ainsi que l'accès à ces programmes et services. Le Ministère collabore avec ses partenaires à des approches novatrices visant à améliorer l'accès aux services de santé et leur intégration. Il encourage aussi une plus grande maîtrise de la prestation des soins de santé par les Premières Nations et les Inuits eux-mêmes. De nombreuses stratégies du Ministère ont été améliorées afin qu'elles répondent mieux aux besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de santé. De plus, Santé Canada poursuit avec ses partenaires la mise en œuvre d'un plan stratégique visant à renforcer la cohérence et l'orientation des activités de Santé Canada dans ce domaine ainsi qu'à démontrer de quelle façon le travail en partenariat du Ministère contribue à améliorer la santé des Premières Nations et des Inuits.

Santé Canada a renforcé ses modèles de soins primaires et de services de santé publique en plus d'améliorer l'accès, la qualité et la sécurité dans tout le continuum des services de santé. Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Améliorer le recours à des équipes interprofessionnelles et examiner de nouveaux modèles de soins pour les communautés éloignées et isolées.
- Moderniser le Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires.
- Lancer une nouvelle campagne de marketing dans le cadre de la Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier de Santé Canada.

Santé Canada a fait progresser des initiatives de collaboration avec les provinces et les territoires ainsi qu'avec les Premières Nations et les Inuits afin de garantir la prestation de services de santé de qualité. Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Continuer de soutenir la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations.
- Investir dans des approches novatrices pour intégrer les services de santé fédéraux-provinciaux-territoriaux et améliorer l'accès à des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits.
- Travailler avec l'Assemblée des Premières Nations (APN) à un protocole de participation et, avec Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), à une approche sur la santé des Inuits afin de soutenir une norme de participation acceptable pour tous en ce qui a trait aux initiatives de politiques et de programmes de la DGSPNI.
- Finaliser un Plan d'action commun pour favoriser la collaboration entre les Premières Nations, Santé Canada, Alberta Health et Alberta Health Services, qui a été approuvé par les ministres fédéral et albertain de la Santé.

Santé Canada a amélioré la qualité et la disponibilité de services complets en santé mentale et en toxicomanie, notamment en définissant les niveaux de service, les normes et les indicateurs.

Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Finaliser le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations.
- Élaborer des modules de prévention du suicide pour soutenir les équipes chargées du mieux-être mental.
- Améliorer la Stratégie de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance et la sécurité de la clientèle par le suivi et la surveillance des tendances relatives à l'utilisation et à la prescription des médicaments d'ordonnance.
- Investir dans la formation d'équipes de gestion de crises au Manitoba et en Saskatchewan dans le cadre de la Stratégie de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance.

Santé Canada s'est concentré sur le travail coopératif/horizontal avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), le portefeuille de la Santé et d'autres partenaires clés. En 2014-2015, Santé Canada a mis en œuvre intégralement l'outil de gestion des risques d'AADNC (l'Évaluation générale) à l'aide du Système de gestion de l'information sur les subventions et contributions (SGISC).

Santé Canada a garanti l'accès aux Services de santé non assurés pour les Premières Nations et les Inuits. Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Élaborer un plan de gestion intérimaire quinquennal pour les prestations supplémentaires en santé dans le cadre des efforts continus visant à accroître les gains d'efficience.
- Poursuivre le travail avec l'APN et ITK concernant l'examen commun du Programme des services de santé non assurés.

Santé Canada a amélioré la disponibilité de données de grande qualité et en a facilité l'accès afin de mieux éclairer la prise de décisions ainsi que la mesure du rendement et la reddition de compte. Pour 2014-2015, les grandes lignes sont les suivantes :

- Élaborer un cadre de surveillance et de rendement pour les programmes de lutte contre la tuberculose dans le cadre de la mise en œuvre précoce de la Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves.
- Réaliser des évaluations régionales pour étoffer le processus d'élaboration d'un cadre de surveillance et d'information qui convient aux collectivités et qui va dans le même sens que les stratégies de surveillance et d'information des Premières Nations/Inuits/provinces/territoires.
- Donner une formation à environ un millier de travailleurs sur la bonne utilisation de l'équipement de protection individuelle amélioré pour faire face à la crise liée au virus Ebola.

## Priorités organisationnelles – Priorité IV

| Priorité | Type | Résultats stratégiques [et/ou] programmes |
|---|---|---|
| **Priorité IV** – Poursuivre l'établissement d'une organisation efficace, interconnectée et adaptable, dotée de processus, de structures et de systèmes améliorés | En cours | Services internes |

**Sommaire des progrès**

La réussite de Santé Canada dépend de la mise en place de processus, de structures et de systèmes qui soutiennent ses programmes afin qu'ils excellent dans l'atteinte de leurs objectifs. Ces éléments de base sont essentiels pour aider le Ministère à s'adapter aux pressions changeantes qu'il subit; à concevoir des approches novatrices pour régler les problèmes; à travailler en collaboration pour composer avec les enjeux communs; et à fournir des services efficaces et rentables à ses clients internes et externes. Il est essentiel d'avoir accès à des services et à des systèmes de communication avec le public et de mobilisation de la population à la fine pointe, pour pouvoir promouvoir la santé publique et fournir des renseignements pertinents et accessibles en la matière. En 2014-2015, le Ministère s'est concentré sur l'amélioration des approches opérationnelles et sur la simplification des services de façon indépendante et en partenariat avec des organismes du gouvernement du Canada.

Par l'intermédiaire du Partenariat des services partagés (PSP), de nombreuses initiatives de modernisation et de transformation à l'échelle du gouvernement ont progressé, notamment l'initiative de transformation de la plateforme de messagerie électronique, le déploiement de Windows 7, l'initiative de leadership en gestion de l'information, les services de téléphonie économiques et Milieu de travail 2.0.

Santé Canada a aussi dirigé la mise à l'essai réussie de tous les systèmes associés à une initiative interministérielle (dirigée par l'Agence des services frontaliers du Canada) visant à instaurer un guichet unique permettant aux importateurs de présenter par voie électronique toute l'information requise pour assurer la conformité à la réglementation fédérale en matière d'importation.

Santé Canada a entrepris plusieurs initiatives qui ont permis d'améliorer les processus internes et d'offrir à ses clients et à la population canadienne des services d'une qualité accrue. Parmi les faits saillants de 2014-2015, mentionnons ceux qui suivent :

- La transition réussie de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) vers le nouveau SGISC, en partenariat avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC). Tous les paiements effectués en 2014-2015 ont été traités en utilisant le module de paiement du SGISC.
- La mise en œuvre de la stratégie de surveillance continue fondée sur les risques pour le contrôle interne des rapports financiers pour Santé Canada et les principaux contrôles communs de l'ASPC liés aux états financiers.
- L'inauguration du projet de Planification pour le rendement d'entreprise (PRE) qui favorisera l'harmonisation entre, d'une part, les activités financières et non financières de planification et de rapports et, d'autre part, les priorités de Santé Canada et des ministères partenaires.
- Le déploiement réussi de nouveaux produits et d'outils des services de voyage partagés comme la carte de voyage du gouvernement, l'outil de réservation en ligne, l'outil de gestion des dépenses et les services d'agence de voyages à Santé Canada et à l'ASPC dans le cadre du Partenariat des services partagés.

## Analyse des risques

Le tableau ci-dessous décrit les principaux risques cernés par Santé Canada ayant la plus forte probabilité de survenir et de nuire à la prestation des programmes en 2014-2015 et fournit des exemples des mesures mises en œuvre par le Ministère pour remédier à ces risques. Les risques et les mesures d'atténuation décrits ci-dessous avaient aussi été relevés dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2014-2015, aussi ont-ils servi à guider l'établissement de l'ordre des priorités, la prise de décision et l'allocation des ressources, et plus particulièrement les résultats stratégiques et les priorités à long terme.

### Principaux risques

| Risque | Stratégie d'atténuation du risque | Lien à l'architecture d'alignement des programmes |
|---|---|---|
| 1. Des risques sont associés à la capacité d'apporter des modifications aux systèmes législatifs et réglementaires<br><br>a. Il importe de tirer parti des efforts internationaux de coopération et d'harmonisation.<br><br>b. La demande en matière d'ouverture et de transparence doit être satisfaite. | Santé Canada a mis à profit l'information obtenue dans le cadre d'échanges de renseignements avec des organismes de réglementation internationaux au cours de réunions multilatérales trimestrielles de groupes de concertation. En outre, des téléconférences bilatérales ponctuelles avec d'autres organismes de réglementation ont eu lieu afin d'examiner des présentations communes. Le programme utilisait au besoin des rapports d'examen internationaux comme source d'information complémentaire.<br><br>Afin de miser sur les initiatives internationales d'évaluation et de gestion des substances chimiques, les évaluations des substances existantes au Canada ont continué de tenir compte de l'information et des activités en matière de réglementation d'autres pays, selon le cas.<br><br>Santé Canada a continué de travailler avec ses principaux partenaires du domaine de la réglementation à l'Organisation mondiale de la Santé afin d'échanger des pratiques exemplaires sur la réglementation des produits du tabac.<br><br>Santé Canada a aussi travaillé en collaboration avec des partenaires internationaux afin d'harmoniser efficacement les processus de réglementation en participant à titre de :<br><br>• Membre et président de l'International Coalition of Medicines Regulatory Authorities;<br>• Membre de projets d'harmonisation tels que l'International Conference on Harmonisation;<br>• Partie intéressée par l'échange continu d'information de nature réglementaire. | • AP : 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7<br><br>• PO : II, IV |

| Risque | Stratégie d'atténuation du risque | Lien à l'architecture d'alignement des programmes |
|---|---|---|
| | Santé Canada a lancé le Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture en matière de réglementation en avril 2014 afin d'améliorer l'accès à l'information opportune, utile et pertinente sur la santé et la sécurité qui est mise à la disposition de la population canadienne. La première année d'existence du Cadre fait état de grandes réalisations, dont le lancement du Registre des médicaments et des produits de santé, une nouvelle ressource destinée aux Canadiens qui cherchent de l'information sur les médicaments d'ordonnance, ainsi qu'un processus de consultation mené auprès de Canadiens pour trouver comment améliorer l'information nutritionnelle inscrite sur les étiquettes des aliments. | |
| 2. Des risques sont associés à la modernisation du système de santé des Premières Nations et des Inuits :<br><br>a. Situations et contextes régionaux différents<br><br>b. Différentes capacités des partenaires<br><br>c. Harmonisation entre Santé Canada et les besoins locaux en matière de santé | En 2014-2015, Santé Canada a aidé plus de 300 collectivités à concevoir, à offrir et à gérer des programmes et des services de santé au moyen d'ententes de financement flexible ou global. Dans l'ensemble des provinces et des territoires, 518 collectivités ont participé à des projets du Fonds d'intégration des services de santé qui ont soutenu des approches novatrices pour intégrer des services de santé fédéraux et provinciaux.<br><br>Par ailleurs, le Ministère a soutenu l'élaboration du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations établi en partenariat avec des intervenants clés; le Cadre donne des directives qui permettent d'adapter et d'harmoniser les programmes et les services afin qu'ils soient davantage flexibles et répondent mieux aux besoins des collectivités. | • AP : 3.1, 3.2, 3.3<br><br>• PO : III |
| 3. Certains risques sont associés à la capacité d'assurer la prestation de services de santé de qualité aux Premières Nations et aux Inuits :<br><br>a. Viabilité des soins primaires<br><br>b. Différentes capacités des partenaires<br><br>c. Manque de données sur les programmes | Santé Canada a continué d'améliorer les nouveaux modèles de soins en réorientant la prestation de services vers les équipes interprofessionnelles et en établissant une Unité de coordination des services infirmiers de suppléance (UCSIS) pour mettre en place une normalisation et gérer les contrats de services d'infirmiers de relève dans trois régions. Par ailleurs, un Plan de programme de soins à domicile et communautaires sur dix ans a été finalisé pour aider le personnel du programme à prévoir les besoins en santé en évolution et les tendances associées aux soins à domicile pour les Premières Nations et les Inuits, et à y répondre.<br><br>Santé Canada a entrepris le suivi et la surveillance des tendances relatives à l'utilisation et à la prescription des médicaments sur ordonnance dans le cadre de sa stratégie dans le but d'aborder l'utilisation abusive des médicaments sur ordonnance. De plus, Santé Canada | • AP : 3.1, 3.2 et 3.3<br><br>• PO : III |

| Risque | Stratégie d'atténuation du risque | Lien à l'architecture d'alignement des programmes |
|---|---|---|
| | a continué à travailler avec AADNC et les collectivités des Premières Nations sur les liens entre les données du Système d'inscription des Indiens et les ensembles de données provinciaux. | |
| 4. Des risques sont associés à la mise en œuvre d'innovations dans la prestation de subventions et de contributions pour les Canadiens :<br><br>a. Pressions exercées pour réduire le fardeau administratif qui pèse sur les clients.<br><br>b. Nécessité de répondre à la demande en matière d'ouverture et de transparence.<br><br>c. Transition vers le nouveau SGISC. | Le Ministère a adopté avec succès le SGISC en suivant une approche par étape afin de veiller à ce que la capacité de soutien puisse répondre aux exigences du programme. Santé Canada et AADNC continuent de collaborer à des projets sur de nouvelles fonctions du SGISC comme les fonctions pluriannuelles et de gestion de la dette. Ces nouvelles fonctions serviront à la fois aux utilisateurs d'AADNC et à ceux du portefeuille de Santé Canada.<br><br>Santé Canada a également adopté un module d'évaluation générale dans le SGISC, de même que la documentation sur les processus communs et la formation pour l'apprentissage en ligne. Le Ministère a également mis à l'essai un système automatisé de mesure du rendement pour les subventions et les contributions afin de faciliter l'établissement de rapports pour les bénéficiaires et la gestion du programme. | • AP : 1.1., SI :1.1<br><br>• PO : I, IV |

**Récit des risques**

Les pratiques efficaces de gestion du risque ont fourni à Santé Canada les outils dont il avait besoin pour répondre de façon proactive au changement et à l'incertitude en faisant appel à des approches fondées sur les risques et à l'information, de manière à accroître l'efficacité de la prise de décisions à l'échelle de l'organisation.

Santé Canada a dû faire face à toutes sortes de pressions, internes et externes, susceptibles de nuire à la prestation de ses programmes et services. En raison de l'ampleur de son mandat, le Ministère est exposé à des risques sur lesquels il n'a aucune prise et qui sont liés au vieillissement de la population, aux situations de crise imprévues dans le milieu de la santé, à l'émergence de produits, substances et aliments nouveaux ou de nouvelles catégories de produits, à l'évolution des sciences et des technologies, et à la cybersécurité.

Santé Canada a géré les principaux risques de diverses manières. Par exemple, afin d'assurer la cohérence réglementaire et législative avec ses partenaires internationaux, le Ministère a poursuivi ses efforts de coordination avec ses homologues internationaux et continué d'échanger des pratiques exemplaires afin d'harmoniser efficacement les processus réglementaires. De plus, Santé Canada a continué de prendre des mesures pour assurer une

gestion efficace des risques afin de permettre une harmonisation et une intégration accrue des services de santé des Premières Nations et des Inuits aux systèmes de santé provinciaux et aux organismes locaux de prestation de services. Le Ministère a adopté avec succès le SGISC en suivant une approche progressive afin de veiller à ce que la capacité de soutien puisse répondre aux exigences du programme.

Enfin, les Canadiens s'attendaient de plus en plus à communiquer avec Santé Canada et à recevoir des renseignements à jour au moyen d'Internet et des médias sociaux. Le Ministère a continué d'offrir des renseignements sur la santé et la sécurité à jour et fondés sur des données probantes de manière à combler les attentes du public, des clients et des intervenants.

## Dépenses réelles

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) |
|---|---|---|---|---|
| 3 657 312 088 | 3 658 912 088 | 3 909 808 102 | 3 814 473 966 | 155 561 878 |

Remarque : L'écart de 250,9 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'explique principalement par la réception de fonds en cours d'exercice dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses et des reports des budgets de fonctionnement du Ministère qui ont été accordés pour financer des investissements stratégiques conformément au plan d'investissement de Santé Canada récemment approuvé. S'ajoutent aux autorisations totales les postes législatifs, le remboursement des dépenses admissibles au chapitre de la rémunération et les paiements exigés dans le cadre des conventions collectives.

L'écart de 95,3 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles est principalement attribuable à des excédents dans les paiements de transfert, aux fonds octroyés aux services de santé non assurés (SSNA) gardés en réserve par les organismes centraux, à un excédent dans le budget du Programme de soutien en santé pour la résolution des questions des pensionnats indiens, de même qu'au report d'une partie du budget de fonctionnement en vue d'appuyer des investissements stratégiques en 2015-2016.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu[2] 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (réel moins prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 9 081 | 8 756 | -325 |

Remarque : L'écart entre les ETP réels et prévus s'explique principalement par les efforts de la gestion pour stabiliser et contrôler les exigences salariales futures par le biais de départs de personnel et des retards dans la création de poste vacants.

[2] Bien que le montant total prévu des ETP soit exact, un rajustement à la baisse est nécessaire pour refléter les besoins opérationnels actuels.

## Sommaire du rendement budgétaire pour les résultats stratégiques et les programmes (en dollars)

| Résultats stratégiques, programmes et Services internes | Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses prévues 2015-2016 | Dépenses prévues 2016-2017 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2012-2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Résultat stratégique 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens | | | | | | | | |
| 1.1 Politique du système de santé | 242 633 254 | 244 198 030 | 260 380 119 | 270 235 085 | 350 916 645 | 334 273 289 | 353 877 280 | 435 097 982 |
| 1.2 Services de santé spécialisés | 18 728 165 | 18 728 166 | 19 133 053 | 18 504 271 | 15 315 788 | 13 650 940 | 16 475 701 | 19 628 653 |
| 1.3 Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire | 37 527 625 | 37 527 625 | 37 538 856 | 39 080 836 | 37 412 211 | 36 653 712 | 25 830 709 | 30 011 138 |
| **Total partiel** | **298 889 046** | **300 442 621** | **317 052 027** | **328 820 092** | **412 644 644** | **384 877 941** | **396 183 690** | **484 638 973** |
| Résultat stratégique 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances, et aux facteurs environnementaux, sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens | | | | | | | | |
| 2.1 Produits de santé | 152 080 884 | 152 080 884 | 145 110 754 | 144 388 697 | 167 240 719 | 165 617 222 | 179 564 707 | 154 054 088 |
| 2.2 Salubrité des aliments et nutrition | 59 175 130 | 59 175 130 | 67 839 730 | 63 411 770 | 66 300 020 | 66 305 097 | 71 238 491 | 69 650 161 |
| 2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement | 102 840 650 | 102 840 650 | 105 282 109 | 32 895 947 | 107 392 104 | 97 867 114 | 101 141 180 | 103 655 546 |
| 2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail | 37 725 014 | 37 725 014 | 37 080 337 | 32 820 119 | 37 597 458 | 34 325 605 | 35 535 627 | 20 149 844 |
| 2.5 Consommation et abus de substances | 82 748 939 | 82 748 939 | 86 731 215 | 87 710 622 | 74 460 754 | 69 339 388 | 89 591 570 | 115 535 278 |
| 2.6 Radioprotection | 20 522 668 | 20 522 668 | 20 282 587 | 13 087 382 | 21 345 176 | 20 709 033 | 21 420 650 | 15 303 874 |
| 2.7 Pesticides | 40 651 125 | 40 651 125 | 40 196 330 | 35 248 559 | 45 428 812 | 44 319 169 | 46 288 830 | 42 148 137 |
| **Total partiel** | **495 733 628** | **495 733 628** | **501 123 056** | **409 453 102** | **519 956 043** | **498 642 599** | **543 782 170** | **539 099 039** |
| Résultat stratégique 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé | | | | | | | | |
| 3.1 Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits | 853 702 552 | 853 702 552 | 909 836 085 | 746 088 670 | 884 870 027 | 870 774 016 | 827 125 273 | 845 580 413 |
| 3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits | 1 133 324 859 | 1 133 324 859 | 1 128 474 838 | 1 077 480 383 | 1 104 008 776 | 1 075 604 036 | 1 071 030 480 | 1 140 213 493 |

| Résultats stratégiques, programmes et Services internes | Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses prévues 2015-2016 | Dépenses prévues 2016-2017 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2013-2014 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2012-2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Total partiel | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Services internes Total partiel | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Total | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

Remarque : [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

## Harmonisation des dépenses avec le cadre pangouvernemental

Harmonisation des dépenses réelles pour 2014-2015 avec le cadre pangouvernemental***(en dollars)

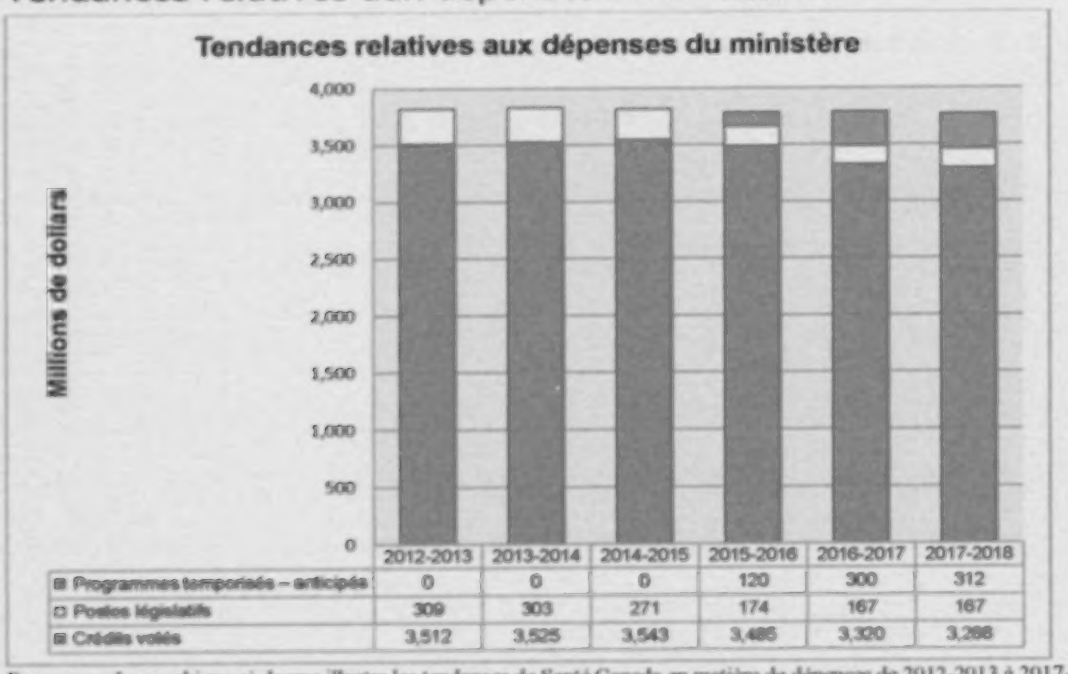
| Résultat stratégique | Programme | Secteur de dépenses | Résultat du gouvernement du Canada | Dépenses réelles 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| RS 1 Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens | 1.1 Politiques du système de santé canadien | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 334 273 268 |
| | 1.2 Services de santé spécialisés | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 13 650 040 |
| | 1.3 Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 49 653 712 |
| RS 2 Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances, et aux facteurs environnementaux, sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens | 2.1 Produits de santé | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 168 617 222 |
| | 2.2 Salubrité des aliments et nutrition | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 66 365 457 |
| | 2.3 Risques pour la santé liés à l'environnement | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 87 867 114 |
| | 2.4 Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 94 525 605 |
| | 2.5 Consommation et abus de substances | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 66 349 568 |
| | 2.6 Radioprotection | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 20 709 855 |
| | 2.7 Pesticides | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 44 519 169 |
| RS 3 Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de santé à | 3.1 Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 870 774 015 |
| | 3.2 Prestations supplémentaires en santé à l'intention des | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 1 875 694 339 |

| Résultat stratégique | Programme | Secteur de dépenses | Résultat du gouvernement du Canada | Dépenses réelles 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| améliorer leur état de santé | services des Premières Nations et des Inuits | | | |
| | 1.3 Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits | Affaires sociales | Des Canadiens en santé | 649 149 259 |

Total des dépenses par secteur de dépenses (en dollars)

| Secteur de dépenses | Total des dépenses prévues | Total des dépenses réelles |
|---|---|---|
| Affaires économiques | | |
| Affaires sociales | 1 567 456 648 | 1 476 676 767 |
| Affaires internationales | | |
| Affaires gouvernementales | | |

# Tendances relatives aux dépenses du ministère




Remarque : Le graphique ci-dessus illustre les tendances de Santé Canada en matière de dépenses de 2012-2013 à 2017-2018

Les ajouts aux dépenses prévues votées et aux postes législatifs reflètent le renouvellement estimé de certains programmes temporaires qui font l'objet d'un examen plus approfondi par le gouvernement. La réduction des dépenses prévues par rapport aux exercices précédents est principalement attribuable à la poursuite des économies résultant de la mise en œuvre du budget de 2012 et à l'exclusion des ajustements reportés, des remboursements en matière de rémunération, du financement des conventions collectives et au financement prévu par la loi.

En 2014-2015, Santé Canada a dépensé 3 814 millions de dollars pour atteindre les résultats prévus de ses activités de programme et contribuer à l'atteinte de ses résultats stratégiques.

Pour la période de 2012-2013 à 2014-2015, le total des crédits votés et prévus par la loi correspond au total des autorisations utilisées comme mentionné dans les Comptes publics du Canada.

Pour la période de 2015-2016 à 2017-2018, le total des crédits votés et des postes législatifs correspond aux dépenses prévues, lesquelles excluent le financement en cours d'exercice dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses, les ajustements reportés et certains crédits prévus par la loi.

## Dépenses par crédit voté

Pour obtenir des renseignements au sujet des dépenses votées et législatives de Santé Canada, veuillez consulter les *Comptes publics du Canada 2015*[xxii] sur le site Web de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

# Section II : Analyse des programmes par résultat stratégique

## Résultat stratégique 1 : Un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens

## Programme 1.1 : *Politique du système de santé canadien*

**Description**

Le programme sur la politique du système de santé canadien offre des conseils stratégiques et des services de recherche et d'analyse visant à appuyer la prise de décisions relatives aux enjeux du système de santé, ainsi qu'un soutien aux provinces, aux territoires, aux partenaires et aux intervenants quant aux priorités du système de soins de santé.

En ayant à l'esprit l'équité à long terme, la viabilité et le caractère abordable des soins de santé, Santé Canada collabore avec des partenaires et cible ses efforts afin d'améliorer le système de soins de santé, notamment l'accès aux services de santé et la qualité et l'intégration de ces services.

En gérant les ententes de subventions et contributions de pair avec d'importants partenaires en santé de tout le pays, le programme des politiques relatives au système de santé canadien contribue à régler les problèmes prioritaires en santé, ce qui nécessite un leadership national et de forts partenariats.

L'objectif du programme est d'appuyer les politiques et les programmes de santé innovateurs pour aider les Canadiens à préserver et à améliorer leur santé.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 242 633 254 | 244 186 030 | 359 916 645 | 334 273 289 | 90 087 259 |

Remarque : L'écart de 1,6 million de dollars entre le Budget principal des dépenses et les dépenses prévues résulte du financement versé pour le renouvellement de l'Initiative de recherche et de développement en génomique.

L'écart de 90,1 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à l'obtention d'une subvention législative pour les technologies de communication électronique de l'information sur la santé et à la contribution accordée au Fonds d'investissement-santé pour les territoires. Cet écart est en partie compensé par un excédent dans le budget du Fonds de recherche sur le cerveau du Canada, du Conseil canadien de la santé et du Programme de contribution sur les politiques en matière de soins de santé, de même qu'à la réaffectation interne du financement entre les programmes.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 238 | 182 | -56 |

Remarque : L'écart entre les ETP réels et prévus s'explique principalement par les efforts de la gestion pour stabiliser et contrôler les exigences salariales futures par le biais de départs de personnel et des retards dans la dotation de poste vacants.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Rôle de catalyseur permettant de se pencher sur les enjeux actuels et émergents en matière de santé ainsi que sur les priorités. | Nombre de mesures prises (p. ex.: subventions et contributions signées) pour résoudre les questions actuelles et futures. | 6 par le 31 mars 2015 | 6 |

**Analyses du rendement et leçons retenues**

Santé Canada a fait progresser l'innovation dans les soins de santé à titre de domaine prioritaire stratégique, soulevant l'intérêt et établissant des liens dans le milieu des soins de santé et dans d'autres secteurs. Le Ministère a géré des accords de financement nouveaux ou existants qui ont fait progresser les questions de santé prioritaires, et il a notamment accordé le financement qui suit.

- Un montant de 8,1 millions de dollars réparti sur deux ans versé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour trois initiatives visant à aider les professionnels de la santé formés à l'étranger et leurs employeurs éventuels.
- Un montant de 3 millions de dollars réparti sur trois ans versé à l'Association canadienne de soins palliatifs pour l'initiative « Aller de l'avant : vers l'intégration des soins palliatifs au Canada », afin d'appuyer l'élaboration d'un cadre permettant de dispenser des soins palliatifs dans une gamme élargie de milieux et par différents fournisseurs de soins, qui intègre des pratiques exemplaires, des mesures prioritaires et une feuille de route pour la mise en œuvre.
- Un montant de 6,5 millions de dollars réparti sur trois ans versé à l'Université McMaster pour soutenir les approches novatrices en matière de soins de première ligne en faisant appel à des équipes, un système de navigation et les dossiers médicaux électroniques pour ultimement améliorer le rendement des soins de santé.
- Un montant de 3 millions de dollars versé à la Fondation Pallium du Canada pour mener à bien une initiative visant à outiller les fournisseurs de soins de première ligne des compétences et des connaissances nécessaires pour offrir des soins palliatifs de qualité aux personnes atteintes de maladies très graves dans divers contextes de soins.

- Un montant de 1,6 million de dollars accordé au projet du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux, visant à générer des données probantes sur les incidents touchant les médicaments, afin d'améliorer la sécurité du patient, par l'intermédiaire du Programme de contribution sur les politiques en matière de soins de santé.
- Un montant de 5 millions de dollars pour la première année d'un accord de cinq ans conclu avec la Société canadienne du sang (SCS) pour des travaux de recherche et de développement sur le sang.
- Un montant de 14,3 millions de dollars octroyé à la Commission de la santé mentale du Canada, afin d'appuyer l'éducation et la sensibilisation du public sur des questions de santé mentale, la diffusion des données et de la recherche dans le domaine, l'élaboration de politiques ainsi que la collaboration avec les provinces, les territoires et les acteurs du milieu de la santé mentale pour améliorer la santé mentale des Canadiens. De plus, 2,5 millions de dollars ont été versés à la Société pour les troubles de l'humeur du Canada afin d'élaborer des initiatives visant à améliorer le traitement de la dépression, l'état de stress post-traumatique et autres troubles de l'humeur.
- Un montant de 5,4 millions de dollars pour appuyer le Fonds canadien de recherche sur le cerveau (FCRC), organisme administré par la Fondation Neuro Canada et voué à l'avancement de la recherche de pointe sur le cerveau.
- Un montant de 3,43 millions de dollars à la SCS pour la dernière année de l'accord pour le programme de Don et greffe d'organes et de tissus (DGOT).

Parallèlement aux accords de financement, Santé Canada a continué de travailler à la modernisation des processus de gestion des subventions et contributions. À titre d'exemple, le Ministère a mis à l'essai un système automatisé pour l'analyse des données recueillies et la production de rapports sur le rendement.

Santé Canada a également continué de surveiller et d'analyser les tendances en matière de produits pharmaceutiques et travaillé avec la population canadienne et des partenaires internationaux à accroître la sensibilisation aux effets des médicaments onéreux sur les dépenses en médicaments et leur remboursement, en plus d'explorer des options stratégiques permettant de gérer plus efficacement ce problème.

## Sous-programme 1.1.1 : *Priorités du système de santé*

**Description**

Par le biais du programme de priorités du système de santé, Santé Canada collabore étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes nationaux et internationaux, les fournisseurs de soins de santé et d'autres intervenants afin de concevoir et de mettre en œuvre des méthodes et des interventions novatrices, d'améliorer le reddition de comptes, de respecter les priorités en matière de santé et de répondre aux besoins des Canadiens en ce qui a trait aux services de santé. Parmi les principales activités se trouvent l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé, l'accès dans des délais raisonnables à des services de santé de qualité et l'accélération de la conception et de la mise en œuvre de technologies électroniques de la santé.

Le programme gère aussi les ententes concernant les subventions et les contributions pour un certain nombre de priorités liées aux soins de santé, comme Inforoute Santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la Commission de la santé mentale du Canada et le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC), afin de soutenir les services de santé offert à tous les Canadiens.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des services de santé rentables et de qualité.

Ce programme utilise des fonds provenant des paiements de transfert suivants: Fondation Brain Canada, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), ICIS, PCCC, Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), Conseil canadien de la santé , Programme de contribution aux politiques de soins de santé, Commission de la santé mentale du Canada, Société pour les troubles de l'humeur du Canada, Inforoute Santé du Canada, Fondation Rick Hansen et Fondation canadienne pour l'amélioration des services en santé (FCASS).

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 242 297 543 | 332 480 234 | 90 182 691 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par l'inclusion d'une subvention législative pour des technologies électroniques de l'information et de communications en santé (TEICS).

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 219 | 167 | -52 |

Remarque : L'écart entre les ETP réels et prévus s'explique principalement par les efforts de la gestion pour stabiliser et contrôler les exigences salariales futures par le biais de départs de personnel et des retards dans la dotation de poste vacants.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| On constate le maintien et l'amélioration des partenariats stratégiques avec les principaux partenaires nationaux, provinciaux ou territoriaux et régionaux (p. ex. : | Nombre et type d'ententes ou d'accords nouveaux/maintenus et/ou améliorés entre le gouvernement du Canada, les provinces et les territoires ainsi que les intervenants visant à faciliter le renouvellement du système de santé. | 10 par le 31 mars 2015 | 10 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| grâce à du financement comme des subventions et des contributions) de manière à faire progresser les priorités rattachées au système de santé. | | | |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, Santé Canada a continué d'épauler des organisations pancanadiennes du milieu de la santé et de collaborer avec ces dernières au renforcement de l'innovation dans les soins de santé. Le Ministère a notamment :

- Collaboré avec (ISC à faire progresser la modernisation des systèmes électroniques d'information sur la santé en tant qu'éléments importants de l'innovation dans les soins de santé. En mars 2015, 91 % des Canadiens avaient un dossier électronique auquel leurs professionnels de la santé avaient accès et près de 20 000 médecins étaient inscrits à des programmes gouvernementaux ayant trait aux systèmes destinés aux cabinets de médecins. Le rapport annuel d'Inforoute contient de plus amples renseignements à ce sujet.
- Continué de financer le PCCC auquel il a octroyé 241 millions de dollars répartis sur cinq ans et qui prendra fin en 2017. Le PCCC a fait progresser la lutte contre le cancer au Canada et a apporté des améliorations au système de santé, notamment au chapitre de l'élaboration et de la mise en œuvre de savoirs, pratiques exemplaires et lignes directrices.
- Prolongé d'un an son accord avec l'ICIS afin de lui permettre de tenir une séance de planification stratégique et de disposer du financement nécessaire pour intensifier la surveillance de l'utilisation abusive des médicaments sur ordonnance.
- Réalisé une Évaluation de l'Initiative d'information sur la santé[xxiii]. Selon les résultats, le programme a permis d'accroître les connaissances du public et de mieux le sensibiliser.
- Fourni du financement et du soutien à l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour faire progresser les efforts visant à améliorer la sécurité et la qualité des services de santé offerts aux Canadiens.
- Maintenu l'accord de travail en collaboration avec la Fondation canadienne pour l'amélioration les services de santé (FCASS) et poursuit notamment des discussions pour renouveler le financement fédéral.
- Élargi le mandat du Programme commun d'évaluation des médicaments (PCEM) pour inclure les médicaments biologiques et orphelins et a ajouté le programme de l'examen pancanadien des médicaments oncologiques (pan-Canadian Oncology Drug Review – pCODR) à l'ensemble des programmes de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Il en découle une harmonisation plus efficace des approches du PCEM et du pCODR en matière d'examen et de recommandations et, avec le temps, cela devrait donner lieu à des décisions plus cohérentes entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales participantes concernant l'inscription au formulaire.

## Sous-programme 1.1.2 : *Administration de la Loi canadienne sur la santé*

**Description**

L'administration de la *Loi canadienne sur la santé* comporte la surveillance d'un large éventail de sources pour évaluer la conformité des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux aux critères et aux conditions de la *Loi*. Il faut aussi travailler en partenariat avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour examiner et résoudre les problèmes éventuels, donner des avis sur les politiques et informer le ministre des cas possibles de non-conformité à la *Loi*, recommander au besoin des mesures appropriées et rendre compte au Parlement de tous les aspects de l'administration de la *Loi*.

L'objectif du programme est de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1 888 487 | 1 793 055 | -95 432 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux besoins en matière de rémunération[3].

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu 2014-2015 |
|---|---|---|
| 19 | 15 | -4 |

Remarque : L'écart entre les ETP réels et prévus s'explique principalement par les efforts de la gestion pour stabiliser et contrôler les exigences salariales futures par le biais de départs de personnel et des retards dans la dotation de poste vacants.

[3] Ces besoins regroupent le financement des prestations parentales, des indemnités de départ et des crédits de congé payables au moment du départ de la fonction publique.

Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les provinces et les territoires respectent les exigences de la *Loi canadienne sur la santé*. | % de problèmes de conformité avec la *Loi canadienne sur la santé* qui ont été réglés. | 100 par le 31 mars 2015 | 67 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Conformément à l'objectif du programme relatif au système de santé canadien, le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de faciliter l'accès raisonnable à tous les Canadiens aux services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires. La Loi établit les critères et les conditions auxquels les provinces et les territoires doivent répondre pour recevoir le plein montant du Transfert canadien auquel ils ont droit au cours d'une année financière donnée.

Les problèmes de conformité avec la *Loi canadienne sur la santé* qui sont pris en considération aux fins de l'exercice d'établissement de rapports sont ceux qui ont été soulevés ou réglés durant la période de déclaration, de même que les problèmes continus découlant de l'application des déductions des paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé à une province ou à un territoire. Les problèmes sont considérés comme étant réglés une fois qu'une province ou qu'un territoire s'est engagé à prendre des mesures finales pour éliminer les circonstances qui ont mené à un problème de conformité.

Dans la plupart des cas, les problèmes de conformité à la *Loi canadienne sur la santé* sont associés à des frais inappropriés aux patients par les fournisseurs de services de santé assurés (hôpitaux, cliniques et médecins). Il y a certes moins de cas où un ou plusieurs critères de la *Loi canadienne sur la santé* (l'intégralité, la transférabilité et l'accessibilité) sont mis en cause.

La responsabilité de s'assurer que les fournisseurs de services assurés respectent les exigences de la Loi incombe aux provinces et aux territoires. Santé Canada n'a pas compétence sur les fournisseurs des services assurés, ni de pouvoirs d'enquête pour recueillir de l'information sur les diverses pratiques qui peuvent être incompatibles avec les exigences de la Loi. Par conséquent, les représentants fédéraux doivent travailler en partenariat avec leurs homologues provinciaux et territoriaux afin d'examiner et de régler les problèmes de conformité. Les enquêtes sur la conformité sont complexes et souvent délicates sur le plan de la vie privée. Elles nécessitent souvent une recherche approfondie et des négociations entre les représentants gouvernementaux et les fournisseurs de services avant qu'ils ne puissent être réglés. En 2014-2015, six problèmes de conformité ont été réglés, dont quatre sont à l'étape finale (soit 67 %). Santé Canada est toujours en consultation avec les ministres provinciaux de la santé concernant deux problèmes en suspens.

## Programme 1.2 : *Services de santé spécialisés*

**Description**

Le programme des services de santé spécialisés aide le gouvernement du Canada à remplir son obligation de protéger la santé et la sécurité de ses employés et celle des dignitaires en visite officielle. Santé Canada fournit des services de counseling, de développement organisationnel et de soutien en cas d'incident critique aux ministères fédéraux par l'entremise d'un réseau de professionnels de la santé mentale travaillant à contrat, en plus d'apporter une aide immédiate aux employés après un incident traumatique dans le milieu de travail.

Santé Canada fournit des services médicaux aux fonctionnaires fédéraux qui peuvent être exposés à des risques particuliers pour la santé en raison de la nature de leur travail. En fournissant des services de santé professionnelle et psychosociale aux fonctionnaires fédéraux, Santé Canada contribue de façon proactive à la réduction du nombre de jours de travail perdus pour cause de maladie dans l'administration fédérale.

Santé Canada arrange aussi la fourniture de services de santé aux personnes jouissant d'une protection internationale (PPI) qui viennent au Canada pour des rencontres internationales ou des visites officielles, comme les chefs de gouvernement ou les membres de la famille royale. Une PPI est un représentant d'un État, habituellement un chef d'État ou un membre de la famille royale, ou un représentant d'une organisation internationale à caractère intergouvernemental.

L'objectif du programme consiste à poursuivre la prestation des services et à maintenir la santé au travail des fonctionnaires fédéraux qui peuvent fournir des résultats aux Canadiens en toutes circonstances, ainsi qu'à assurer la prestation de services de santé pour les personnes jouissant d'une protection internationale.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 18 728 166 | 18 728 166 | 15 315 788 | 13 650 940 | -5 077 226 |

Remarque : L'écart de 5,1 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux dépenses législatives réaffectées à un autre programme appuyant le même résultat stratégique et à un excédent dégagé dans le budget du Programme d'aide aux employés (PAE) et des services connexes en raison d'une demande plus faible que prévu pour des psychologues et des fournisseurs de services de santé mentale.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 263 | 181 | -82 |

*Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels découle principalement d'une réorientation du mandat de prestation de services et d'une restructuration des opérations. La diminution du nombre d'ETP résulte essentiellement de l'attrition et des départs volontaires. La réduction des ETP a entraîné des économies plus importantes découlant de la restructuration du Programme de santé au travail de la fonction publique.*

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les fonctionnaires fédéraux sont capables de gérer leurs problèmes psychosociaux pendant des événements stressants ou traumatisants ou tout de suite après de tels événements. | % de dossiers psychosociaux qui sont classés à l'intérieur de 8 séances prévues par le *Programme d'aide aux employés*. | 70 par le 31 mars 2015 | 95 |
| L'absentéisme au travail chez les employés qui utilisent les services d'aide aux employés est réduit. | % de réduction de l'absentéisme dans les 30 jours qui suivent la dernière séance d'un employé relevant du *Programme d'aide aux employés* par rapport aux 30 jours avant cette séance. | 25 par le 31 mars 2015 | 43.8 |
| Les personnes jouissant d'une protection internationale ont accès aux services de santé et aux traitements médicaux dont elles pourraient avoir besoin quand elles se trouvent au Canada pour une visite régulière ou pour prendre part à des événements internationaux d'envergure. | % de dossiers examinés pour lesquels le soutien offert a été coté acceptable ou important (évaluation par le client). | 100 par le 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a continué d'apporter un soutien psychosocial et en santé au travail aux fonctionnaires afin d'assurer la continuité des services aux Canadiens. Le programme a atteint les objectifs opérationnels des Services d'aide aux employés (SAE), du Programme de santé au travail de la fonction publique (PSTFP) et du programme de services de santé pour les PPI.

En 2014-2015, Santé Canada a négocié des lettres d'ententes interministérielles supplémentaires (contrats de service dans le cadre des SAE) avec le Conseil des arts du Canada, l'Agence de la consommation en matière financière du Canada et le Bureau du commissaire du Centre de la sécurité des télécommunications. De plus, en réponse à une demande d'Anciens Combattants Canada (ACC), les SAE ont été étendus afin que les populations d'anciens combattants puissent aussi bénéficier du Programme d'aide aux employés et des services aux personnes en deuil. Fait à souligner, les SAE ont fourni des services d'intervention post-traumatique à des fonctionnaires fédéraux et à leurs proches en raison des fusillades survenues au Nouveau-Brunswick, touchant des agents de la GRC, et à Ottawa, près du Monument commémoratif de guerre du Canada.

Santé Canada a observé une augmentation des recettes générées par les SAE, lesquelles sont passées de 12,2 millions de dollars en 2013-2014 à environ 14 millions de dollars en 2014-2015. Cette hausse est largement attribuable à un intérêt accru pour les SAE, en particulier pour les services organisationnels spécialisés. Comme suite aux recommandations issues de l'évaluation des SAE[iii], un nouveau système de gestion de cas a été mis sur pied pour améliorer la collecte et l'analyse des données. De plus, les SAE ont continué d'assurer le suivi et de formuler des commentaires concernant le rôle du programme dans le cadre de la Stratégie de mieux-être au travail et de productivité dirigée par le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT).

Bien que les demandes soumises au PSTFP pour les services liés aux maladies transmissibles aient diminué, le nombre d'évaluations de la santé réalisées atteint le taux fixé pour l'exercice 2013-2014. De plus, un sondage mené par le PSTFP auprès de sa clientèle a révélé un taux de satisfaction de 91 % à l'égard de la qualité des services reçus.

Santé Canada a rédigé 100 plans d'intervention sanitaire pour les PPI et leurs proches qui ont séjourné au Canada en 2014-2015. Un nouveau modèle de prestation de services a été élaboré pour les services de surveillance alimentaire. Ce nouveau modèle permet d'avoir accès à plus de 30 agents de l'environnement disséminés d'un bout à l'autre du pays. La mise en œuvre du nouveau modèle sera terminée en 2015-2016.

Santé Canada a continué de collaborer avec le SCT et avec les autres ministères afin de contribuer à la Stratégie de mieux-être et de productivité en milieu de travail du gouvernement du Canada. Grâce à sa participation active, Santé Canada a appuyé l'élaboration et l'amélioration continue de services et de programmes nouveaux et existants visant à optimiser le bien-être et la productivité des fonctionnaires fédéraux.

## Programme 1.3 : *Développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire*

**Description**

Le programme de développement des communautés de langue officielle en situation minoritaire consiste en l'exécution des responsabilités de Santé Canada en vertu de l'article 41 de la *Loi sur les langues officielles*[xiv]. Cette loi oblige le gouvernement fédéral à favoriser la vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) et à promouvoir la pleine reconnaissance et l'utilisation de l'anglais et du français dans la société canadienne.

Le programme prévoit des consultations régulières auprès des CLOSM, l'appui rendant possible la prestation de services et de programmes de contribution aux CLOSM, la reddition de comptes au Parlement et aux Canadiens quant aux réalisations de Santé Canada en vertu de l'article 41, la coordination de la sensibilisation et des activités de Santé Canada en ce qui a trait à la participation des CLOSM et à la réponse aux besoins de ces communautés en matière de santé.

Les objectifs du programme sont d'améliorer l'accès aux services de santé dans les CLOSM et d'accroître l'usage des langues officielles dans la prestation des services de soins de santé.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Programme de contribution pour la santé des communautés de langue officielle (PCSCLO).

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 37 527 825 | 37 527 825 | 37 412 211 | 36 653 712 | -874 113 |

Remarque : L'écart de 0,9 million de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues découle essentiellement de la révision du calendrier des accords de contribution.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 10 | 8 | -2 |

Remarque : L'écart entre les ETP réels et prévus s'explique principalement par les efforts de la gestion pour stabiliser et contrôler les exigences salariales futures par le biais de départs de personnel et des retards dans la dotation de postes vacants.

Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les communautés de langue officielle en situation minoritaire ont accès à des services de santé dans la langue officielle de leur choix. | Nombre de professionnels de la santé qui ont réussi des programmes de formation financés par Santé Canada. | [illegible]* par le 31 mars 2015 | [illegible]** |
| | % de professionnels de la santé ayant suivi un programme de formation qui restent en poste. | 80 par le 31 mars 2015 | 87 |

* [illegible]

** [illegible]

*Analyse du rendement et leçons retenues*

Dans le cadre du PCSCLO, 12 accords de contribution totalisant 72,7 millions de dollars ont été signés pour la période de 2014-2015 à 2017-2018 avec les établissements d'enseignement postsecondaires suivants pour assurer la formation de professionnels de la santé francophones à l'extérieur du Québec : Association des collèges et universités de la francophonie canadienne, Société éducative de l'Île-du-Prince-Édouard, Université Sainte-Anne, Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, Université de Moncton, collège La Cité, Université Laurentienne (Sudbury), Université d'Ottawa, Collège Boréal, Université de Saint-Boniface et Université de l'Alberta (Campus Saint-Jean).

Un accord de 16,3 millions de dollars a été signé avec l'Université McGill en vue d'accroître l'accessibilité de la population anglophone du Québec à un nombre accru de professionnels de la santé.

Des accords totalisant 2,7 millions de dollars ont été signés pour la période de 2014-2015 à 2016-2017 pour appuyer des projets novateurs visant à élargir l'accès aux services de santé des francophones à l'extérieur du Québec et des anglophones vivant au Québec. Les bénéficiaires regroupaient l'Association des facultés de médecine du Canada, Santé Île-du-Prince-Édouard, le Centre communautaire Sainte-Anne, AMI-Québec, la Fondation du cancer de la région d'Ottawa, la Fédération des parents du Manitoba et l'Association canadienne-française de l'Alberta (ACFA) régionale de Calgary.

Grâce au financement de Santé Canada :

- Cent cinquante (150) professionnels de la santé du Québec ont reçu une formation linguistique.
- Huit cent soixante-dix (870) étudiants francophones ont obtenu un diplôme dans une discipline de la santé parmi les 98 programmes d'enseignement postsecondaire offerts dans 11 collèges et universités situés à l'extérieur du Québec.

- Une évaluation a été achevée en 2015 pour l'université McGill d'un programme de bourses offertes à des anglophones du Québec diplômés de programmes d'études en santé (2011-2014), qui visait à les inciter à exercer dans des régions à l'extérieur de Montréal, a été réalisée en 2015. Selon les résultats de cette évaluation, 88 % de ces diplômés exerçaient dans une région à l'extérieur du Québec une fois la période convenue d'un an terminée.
- Trente-huit (38) partenariats de réseautage communautaire ont été maintenus d'un bout à l'autre du Canada et dans 14 régions administratives de la santé du Québec; ces partenariats ont favorisé la collaboration avec les intervenants des services de santé afin d'améliorer l'accès des collectivités anglophones et francophones à ces services.
- Le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont conclu un partenariat afin d'élaborer des procédures d'accréditation et des recommandations ayant trait au recours aux services d'interprètes anglophones dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec.
- La Société Santé en français a lancé une nouvelle formation portant sur les interventions de première ligne en santé mentale à l'intention des collectivités minoritaires francophones sous la forme d'ateliers animés par la Commission de la santé mentale du Canada.
- Santé Île-du-Prince-Édouard s'apprête à intégrer un indicateur de langue sur sa carte d'assurance-maladie provinciale afin d'améliorer et de favoriser la prestation de services de santé en français.

# Résultat stratégique 2 : Les risques et avantages pour la santé associés aux aliments, aux produits, aux substances, et aux facteurs environnementaux, sont gérés de façon appropriée et sont communiqués aux Canadiens

## Programme 2.1 : *Produits de santé*

**Description**

La *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur les aliments et drogues* ainsi que la réglementation connexe donnent à Santé Canada le pouvoir d'élaborer, de tenir à jour et de mettre en œuvre un cadre réglementaire régissant différents produits de santé utilisés au quotidien par les Canadiens, notamment des médicaments pharmaceutiques, des produits biologiques et radiopharmaceutiques, des instruments médicaux et des produits de santé naturels.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits de santé sont respectées en procédant à des évaluations des risques, qui peuvent prendre la forme d'activités de supervision et de surveillance, de vérification de la conformité et d'application de la réglementation.

De plus, Santé Canada fournit des renseignements dignes de foi et fondés sur des données probantes aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins, les pharmaciens et les praticiens en santé naturelle, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits de santé sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 152 060 884 | 152 060 884 | 167 240 719 | 166 617 222 | 14 556 338 |

Remarque : L'écart de 14,6 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par la réaffectation du financement provenant d'autres programmes au sein du Ministère afin de permettre le versement d'indemnités aux victimes de la thalidomide et par les exigences en matière de rémunération (consultez la note de bas de page 3 à la page 31 pour obtenir des précisions sur les exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 2 089 | 1 764 | -325 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels reflète principalement les exigences liées à la main-d'œuvre, compte tenu de la charge actuelle de travail et des employés qui ont quitté la fonction publique et qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les produits de santé offerts à la population canadienne sur le marché canadien sont sûrs et efficaces. | % de parties réglementées considérées comme respectant la *Loi sur les aliments et drogues* et la réglementation connexe. | 95 par le 31 mars 2015 | 97 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Le taux de conformité de l'industrie canadienne des produits de santé a atteint 97 %, ce qui dénote un niveau de conformité élevé.

Afin d'améliorer l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé au Canada et de resserrer la surveillance des ingrédients présents dans les produits de santé, Santé Canada a mis en œuvre la nouvelle réglementation en matière d'ingrédients pharmaceutiques actifs (IPA).

La *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses (Loi de Vanessa)* a reçu la sanction royale en novembre 2014. Elle modifie la *Loi sur les aliments et drogues* afin d'améliorer la capacité de Santé Canada à recueillir de l'information sur l'innocuité d'un produit après sa mise en marché et à prendre les mesures qui s'imposent si jamais ce produit posait un risque grave pour la santé. Elle oblige dorénavant certains établissements de soins de santé à déclarer à Santé Canada les renseignements sur les réactions indésirables graves à un médicament et les incidents liés à des instruments médicaux.

Tous les programmes d'inspection concernés ont à présent accès à de nouveaux outils d'infrastructure des technologies de l'information, lesquels ont été mis en place pour faciliter les processus d'inspection, d'octroi d'une licence d'établissement et de gestion des incidents. En outre, l'outil de suivi d'inspection[xxvi] et la base de données sur les inspections des médicaments et des produits de santé[xxvii] ont été mis en ligne pour fournir aux Canadiens des renseignements sur les inspections menées par Santé Canada et leur donner un aperçu des questions d'inspection en cours d'examen à Santé Canada. Le Ministère a aussi amorcé la création de fiches de résultats d'inspection pour toutes les inspections de médicaments et leur publication dans le Registre des médicaments et des produits de santé naturels peu de temps après chaque inspection.

Le Registre des médicaments et des produits de santé[xxviii] a été lancé officiellement le 12 février 2015. Il s'agit d'un nouvel outil Web convivial qui permet aux Canadiens d'accéder facilement à de l'information sur les médicaments et les vaccins de manière à mieux préserver leur santé et leur sécurité ainsi que celles de leurs proches.

Pour accroître la transparence, l'information disponible en ligne sur les déclarations d'effets indésirables a été modifiée de façon à ce que les données soient accessibles au public lorsque cette information est présentée dans le cadre d'une déclaration des effets indésirables. L'information en ligne sur les effets indésirables est mise à jour chaque trimestre.

Le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation[xxix] a fait l'objet d'une évaluation. Protéger les Canadiens contre les risques pour la santé et la sécurité liés aux aliments, aux produits de consommation et aux produits de santé continue d'être une priorité du gouvernement fédéral. De plus, les activités lancées en vertu du Plan d'action sont parfaitement conformes aux objectifs stratégiques des partenaires et aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.

## Sous-programme 2.1.1 : *Médicaments pharmaceutiques*

**Description**

Le *Règlement sur les aliments et drogues* fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme sur les médicaments pharmaceutiques, qui comprend les médicaments pharmaceutiques à usage humain et vétérinaire, y compris les médicaments sur ordonnance et en vente libre, les désinfectants et les agents d'assainissement aux propriétés désinfectantes.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des médicaments sont respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des médicaments.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des médicaments pharmaceutiques sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 59 227 306 | 76 777 045 | 17 549 739 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux indemnités versées aux Canadiens victimes de la thalidomide, aux exigences en matière de rémunération et à un rajustement des ressources entre les activités (consulter la note de bas de page 3 à la page 31 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1 071 | 867 | -204 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels reflète principalement les exigences liées à la main-d'œuvre compte tenu de la charge actuelle de travail et des employés qui ont quitté la fonction publique et n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les médicaments pharmaceutiques respectent les exigences réglementaires. | % de présentations de produit pharmaceutique qui respectent aux exigences réglementaires. | 80 par le 31 mars 2015 | 75 |
| Les Canadiens et les intervenants sont au courant des risques associés à l'utilisation des médicaments pharmaceutiques. | % de risques cernés qui entraînent des communications des risques. | 80* par le 31 mars 2015 | 80** |

* La valeur cible de rendement (80 %) désigne le pourcentage des communications des risques qui rencontrent la norme de service de Santé Canada. Un processus complexe d'élaboration des communications des risques touchant le titulaire de l'autorisation de mise en marché peut avoir une incidence sur la norme de service.

** Santé Canada a communiqué 100 % des risques identifiés. Dans un tel cas, 80 % de ceux-ci rencontraient la norme de service.

### Analyse du rendement et leçons retenues

La cible pour le premier résultat attendu n'a pas été atteinte, car 75 % des demandes reçues répondaient aux exigences réglementaires, par rapport à la cible de 80 %. Santé Canada a organisé un atelier avec des représentants de l'industrie des médicaments génériques portant sur l'amélioration de la qualité des présentations de drogues. Les retombées positives de cet atelier devraient se faire sentir dès 2015-2016. La cible pour le second résultat escompté a été atteinte, car 80 % des risques cernés ont été communiqués selon les normes de service. En avril 2014,

Santé Canada a amorcé la publication de résumés d'examens de l'innocuité sur le site Web de MedEffet Canada. La publication des renseignements sur ces examens et des résultats des mesures d'atténuation des risques connexes assure la transparence de l'information sur la sécurité et l'accès des Canadiens à cette information. Le processus de communication des risques de Santé Canada est maintenant centralisé et le Ministère respecte les normes de service.

Dans le cadre de son engagement à utiliser et à intégrer des renseignements provenant d'organismes de réglementation étrangers pour appuyer l'examen des autorisations de mise en marché de produits, Santé Canada a joué un rôle de premier plan lors d'activités de collaboration internationale portant sur l'examen de médicaments génériques. Dans le cadre de l'International Generic Drug Regulators Program, Santé Canada a lancé un projet pilote d'échange de renseignements avec l'Union européenne qui fait intervenir la réception « en temps réel » d'évaluations scientifiques de présentations de drogues soumises aux fins d'obtention d'une autorisation de mise en marché. Le consortium formé par l'Australie, le Canada, Singapour et la Suisse élabore des outils tels que des modèles, des lignes directrices et un lexique commun visant à faciliter le partage du travail. En 2014-2015, dans le cadre de l'initiative du Conseil de coopération en matière de réglementation (CCR), le Canada et les États-Unis (É.-U.) ont procédé à l'examen simultané, aux fins d'homologation, d'un médicament à usage vétérinaire, et neuf médicaments ont été présentés en vue d'un examen parallèle.

Dans le cadre de l'engagement à renforcer l'utilisation sécuritaire des médicaments en améliorant la lisibilité et la compréhension des étiquettes et des renseignements sur l'innocuité :

- Le Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (étiquetage, emballage et marques nominatives des drogues pour usage humain) a été publié en juillet dans la Gazette du Canada, Partie II.
- Le document intitulé Ligne directrice à intention de l'industrie - Examen des marques nominatives de médicament[xxx] a été publié sur le site Web de Santé Canada afin d'informer l'industrie sur la façon de se conformer aux exigences des évaluations visant à déterminer si les marques nominatives proposées ont une présentation et une consonance semblables.

Dans le cadre de l'engagement à offrir aux Canadiens et aux professionnels de la santé l'information la plus à jour concernant l'innocuité des médicaments, Santé Canada a publié à l'intention des Canadiens 20 résumés d'examens de l'innocuité[xxxi] en langage clair sur des médicaments délivrés sur ordonnance et un autre sur un médicament en vente libre.

## Sous-programme 2.1.2 : *Produits biologiques et radiopharmaceutiques*

**Description**

Le *Règlement sur les aliments et drogues*, le *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*[xxxii] et le *Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée*[xxxiii] fournissent le cadre réglementaire

nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des produits biologiques et radiopharmaceutiques, qui comprend le sang et les produits sanguins, les vaccins antiviraux et antimicrobiens, les produits de thérapie génique, les tissus, les organes et les xénogreffes qui sont fabriqués au Canada ou ailleurs dans le monde.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits biologiques et radiopharmaceutiques sont respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des produits biologiques et radiopharmaceutiques.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits biologiques et radiopharmaceutiques sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

Ce programme utilise des fonds provenant des paiements de transfert suivants : Société canadienne du sang : Recherche et développement sur la sécurité et l'efficacité de l'approvisionnement en sang, et Contribution pour renforcer le système de dons et de transplantation d'organes et de tissus du Canada

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 57 184 475 | 56 447 136 | -737 339 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à un rajustement des ressources entre les activités associées au deuxième résultat stratégique.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 519 | 429 | -90 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels reflète principalement les exigences liées à la main-d'œuvre compte tenu de la charge actuelle de travail et des employés qui ont quitté la fonction publique sans avoir été remplacés.

### Résults du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les produits biologiques et radiopharmaceutiques et les thérapies génétiques respectent les exigences réglementaires. | % de présentations de produits biologiques et radiopharmaceutiques qui respectent aux exigences réglementaires. | 80 par le 31 mars 2015 | 99 |
| Les Canadiens et les intervenants sont au courant des risques associés à l'utilisation des produits biologiques et radiopharmaceutiques et des thérapies génétiques. | % de risques cernés qui entraînent des communications des risques. | 80* par le 31 mars 2015 | 100 |

* La valeur cible de rendement (80 %) désigne le pourcentage des communications des risques qui rencontrent la norme de service de Santé Canada. Un processus complexe d'élaboration des communications des risques touchant le titulaire d'autorisation de mise en marché peut avoir une incidence sur la norme de service.

### Analyse du rendement et leçons retenues

La cible associée au premier résultat attendu a été atteinte, car 99 % des présentations étaient conformes aux exigences réglementaires. La cible associée au second résultat attendu a été dépassée, puisque100 % des risques cernés ont été communiqués. En avril 2014, Santé Canada a amorcé la publication de résumés d'examens de l'innocuité sur le site Web de MedEffet Canada. La publication des renseignements sur ces examens et des résultats des mesures connexes d'atténuation des risques assure la transparence de l'information sur la sécurité et l'accès des Canadiens à cette information. Le processus de communication des risques de Santé Canada est maintenant centralisé et le Ministère respecte les normes de service.

En ce qui concerne l'engagement à améliorer le cadre réglementant le sang humain et ses composants, la version finale de la ligne directrice sur le *Règlement sur le sang*[xxxiv] a été publiée en octobre 2014. Le Ministère continue d'aider les intervenants à se conformer au *Règlement sur le sang*.

Tous les changements requis par la réglementation sur le sang en ce qui concerne la surveillance ont été mis en œuvre et intégrés aux activités d'inspection en cours.

Même si Santé Canada avait prévu d'actualiser le cadre de réglementation des produits radiopharmaceutiques en intégrant cette catégorie de médicaments au système d'identification numérique de drogue, le travail a été retardé et il se poursuivra dans le cadre de travaux plus vastes de modernisation de la réglementation au cours de l'année à venir.

Des résumés d'examens de l'innocuité et une liste des rapports en cours sur l'innocuité ont été préparés et publiés afin d'améliorer la transparence des décisions de Santé Canada faisant suite aux examens.

À la suite des recommandations issues de l'évaluation du Programme des produits biologiques[xxxv], un processus a été établi afin que les groupes responsables du suivi après la commercialisation sollicitent les commentaires de ceux chargés de l'examen préalable à la commercialisation concernant les recommandations de l'examen.

## Sous-programme 2.1.3 : *Matériels médicaux*

**Description**

Le *Règlement sur les instruments médicaux*[xxxvi] fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des instruments médicaux, qui englobe les matériels médicaux utilisés dans le traitement, l'atténuation, le diagnostic ou la prévention d'une maladie ou d'un trouble physique chez l'humain.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des instruments médicaux sont respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les médecins et les pharmaciens, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation d'instruments médicaux.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à du matériel médical sûr, efficace et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 14 021 868 | 11 383 155 | -2 638 713 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable au rajustement des allocations de fonds au sein des programmes des Produits de santé, y compris Produits biologiques et pharmaceutiques et Produits de santé naturels, en fonction des besoins opérationnels.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 303 | 263 | -40 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels reflète principalement les exigences liées à la main-d'œuvre, compte tenu de la charge actuelle de travail et des employés qui ont quitté la fonction publique sans avoir été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réel |
|---|---|---|---|
| Les instruments médicaux respectent les exigences réglementaires. | % de demandes (classes III et IV)* qui respectent aux exigences réglementaires.<br><br>?(Les classes I et II présentent les plus faibles risques pour la santé et la sécurité des Canadiens). | 90 par le 31 mars 2015 | 96 |
| Les Canadiens et les intervenants sont au courant des risques associés à l'utilisation des instruments médicaux. | % de risques cernés qui entraînent des communications des risques. | 80* par le 31 mars 2015 | 100 |

* La valeur cible de rendement (80 %) désigne le pourcentage des communications des risques qui rencontrent la norme de service de Santé Canada. Un processus complexe d'élaboration des communications des risques touchant le titulaire d'autorisation de mise en marché peut avoir une incidence sur la norme de service.

### Analyse du rendement et leçons retenues

La cible pour le premier résultat attendu a été atteinte. En ce qui concerne les décisions faisant suite aux examens, 96 % des demandes respectaient les exigences réglementaires. Des activités d'adaptation d'un environnement d'examen électronique sont en cours et les fabricants sont à présent tenus de présenter des demandes en format électronique, ce qui devrait contribuer à améliorer le rendement des premiers examens au cours de 2015-2016. Le second résultat a atteint sa cible, 100 % des risques cernés ayant été communiqués. En avril 2014, Santé Canada a amorcé la publication de résumés d'examens de l'innocuité sur le site Web de MedEffet Canada. La publication des renseignements sur ces examens et des résultats des mesures connexes d'atténuation des risques contribue à la transparence de l'information sur la sécurité et l'accès des Canadiens à cette information. Le processus de communication des risques de Santé Canada est maintenant centralisé et le Ministère respecte les normes de service.

Dans le cadre de l'engagement à harmoniser les processus de Santé Canada à ceux d'autres organisations internationales, le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec les É.-U., l'Australie et le Brésil sur le Programme unique d'audit pour le matériel médical (MDSAP). Ce

programme pilote d'une durée trois ans a été lancé en janvier 2014 dans le but d'offrir un processus de vérification unique et efficace des fabricants d'instruments médicaux. Le recours à une vérification unique respectant les exigences de chaque administration maximisera l'utilisation des ressources tout en permettant aux Canadiens d'accéder plus rapidement aux produits.

Santé Canada a également participé à un consortium international d'organismes de réglementation voués à l'établissement d'un programme de vérification unique destiné à aider les pays participants à accéder aux marchés.

Santé Canada a mis en œuvre un programme pilote régional aux fins d'harmonisation. Une approche commune qui minimise les variations régionales pourrait inciter les fabricants à entrer sur le marché canadien, ce qui améliorerait l'accès des Canadiens aux produits.

## Sous-programme 2.1.4 : *Produits de santé naturels*

**Description**

Le *Règlement sur les produits de santé naturels*[xxxvi] fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme des produits de santé naturels, qui comprennent les remèdes à base de plantes médicinales, les remèdes homéopathiques, les vitamines, les minéraux, les produits médicinaux traditionnels, les probiotiques, les acides aminés et les acides gras essentiels.

Santé Canada vérifie que les exigences réglementaires relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des produits de santé naturels sont respectées au moyen d'évaluations des risques, notamment la supervision et la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements.

De plus, le programme fournit des renseignements aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les professionnels de la santé tels que les pharmaciens, les praticiens de la médecine chinoise, les herboristes et les naturopathes, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées au sujet de l'utilisation des produits de santé naturels.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens ont accès à des produits de santé naturels sûrs, efficaces et de qualité supérieure.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 21 627 235 | 22 009 686 | 382 451 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux exigences en matière de rémunération (consulter la note de bas de page 7 à la page 11 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 196 | 205 | 9 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est en grande partie attribuable à un rajustement des ressources au sein des programmes des Produits de santé, soit des Instruments médicaux vers les Produits de santé naturels en fonction des besoins opérationnels.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les produits de santé naturels respectent les exigences réglementaires. | % des présentations de produits de santé naturels qui respectent les exigences réglementaires. | 90 par le 31 mars 2015 | 94 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

À titre de mesure du niveau de compréhension des demandeurs à l'égard des exigences réglementaires, 94 % des présentations de produits naturels examinées ont donné lieu à la délivrance d'une licence de mise en marché nouvelle ou modifiée. Le résultat du rendement reflète l'approche axée sur la collaboration adoptée par le Ministère à l'égard du processus d'autorisation de mise en marché. Grâce à un dialogue ouvert et continu avec les demandeurs, le Ministère aide l'industrie à comprendre les exigences réglementaires et à s'y conformer; cette approche a entraîné la délivrance de licences de mise en marché nouvelles ou modifiées pour 10 092 produits de santé naturels au cours de l'exercice.

Le sous-programme poursuit son objectif d'harmonisation des normes de preuve pour les produits présentant des risques semblables, ce qui a pour effet d'alléger la charge administrative et de permettre à l'industrie de lancer plus rapidement sur le marché certains groupes de produits à faible risque (comme les écrans solaires), tout en ne perdant pas de vue que la santé et la sécurité des Canadiens demeurent prioritaires.

Les points saillants incluent :

- Consultations sur une approche modifiée à l'égard des licences d'exploitation, en particulier en ce qui concerne la réalisation d'un petit projet pilote visant à évaluer la faisabilité et l'efficacité du recours à des tiers pour évaluer la conformité aux bonnes pratiques de fabrication des sites de fabrication de produits de santé naturels
- Consultations au sujet d'un nouveau cadre pour les produits de santé destinés aux consommateurs (cadre du PSC) qui vise à mettre en place une approche cohérente pour les produits présentant des risques semblables (produits de santé naturels, cosmétiques, médicaments en vente libre et désinfectants) et dont les exigences seraient proportionnelles aux bienfaits, aux dangers et au profil d'incertitude des produits
- Publication d'une nouvelle politique de gestion des demandes[xxxvii] et mise en œuvre de nouvelles normes de service (10-30-180 jours) pour les produits de santé naturels. Une série de webinaires a été proposée pour aider les intervenants à comprendre la nouvelle politique

Santé Canada a continué de publier un calendrier semestriel des activités de la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance[xxxviii], qui donne un aperçu des activités d'examen, des publications, des ateliers et des réunions de la direction prévus, y compris des monographies nouvelles ou mises à jour.

Les leçons tirées d'autres catégories de produits ont donné lieu à l'innovation d'une infrastructure de suivi des dossiers de produits de santé naturels beaucoup plus importante pour les évaluations de signaux, les rapports périodiques de pharmacovigilance, les plans de gestion des risques et les examens ponctuels de produits de santé naturels. Une initiative a également été lancée pour permettre une collaboration plus étroite avec les directions responsables de la pré-commercialisation afin d'obtenir un consensus sur les mesures d'atténuation des risques. Ces initiatives ont permis au programme de dépasser la cible nouvellement établie pour le contrôle des examens de 90 % des dossiers examinés dans le respect des délais en plus d'améliorer grandement la capacité de gérer la préparation des résumés d'examen de l'innocuité.

## Programme 2.2 : Salubrité des aliments et nutrition

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi sur les aliments et drogues* autorisent Santé Canada à élaborer, à maintenir et à mettre en œuvre un cadre réglementaire portant sur la salubrité et la qualité nutritionnelle des aliments. L'Agence canadienne d'inspection des aliments est responsable de l'application des normes relatives à la salubrité.

Santé Canada veille à l'élaboration et à la promotion de politiques et de normes nationales pour une saine alimentation qui sont fondées sur des données probantes et qui s'adressent aux Canadiens et aux principaux intervenants, dont les organisations non gouvernementales, les professionnels de la santé et les associations industrielles, afin de leur permettre de prendre des

*décisions éclairées au sujet des aliments et de la sécurité nutritionnelle, ainsi qu'en matière de saine alimentation.*

*Les objectifs du programme sont de gérer les risques pour la santé et la sécurité des Canadiens associés aux aliments et à leur consommation ainsi que d'informer les Canadiens des avantages découlant d'une saine alimentation.*

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

[illegible]

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |

[illegible]

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les processus de prévention et de gestion des maladies, des risques d'intoxication alimentaire et des incidents liés à la salubrité des aliments est efficace. | % de cas pour lesquels le Canada se classe parmi les cinq premiers pays du monde pour la gestion efficace des rapports associés à la salubrité des aliments.<br><br>*Note* : L'initiative de classement mondial sur les rendements en matière de salubrité des aliments vise à faciliter la détermination des forces et des faiblesses relatives du rendement du Canada | [illegible] | [illegible] |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | sur le plan de la salubrité alimentaire en faisant une comparaison entre 16 pays). | | |
| La population canadienne prend des décisions éclairées en matière d'alimentation. | % de Canadiens qui consultent l'information de Santé Canada sur une saine alimentation (p. ex. Guide alimentaire canadien[xi]) pour éclairer leurs décisions. | 40 par le 31 mars 2016 | 65 |

* Étant donné que le rapport de 2014 sur le classement mondial du Canada en matière de salubrité des aliments (*2014 World Ranking of Food Safety Performance*) publié par le Food Institute de l'Université de Guelph et le Conference Board du Canada ne classait pas individuellement les pays pour la gestion efficace des rappels associés à la salubrité des aliments, ce résultat n'était pas disponible. Cependant, dans l'ensemble, le Canada s'est classé au premier rang parmi 17 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques sur le plan de la salubrité des aliments, ce qui comprend sa capacité à gérer efficacement les rappels associés à la salubrité des aliments.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

On considère que le premier objectif de rendement a été atteint. (voir la remarque ci-dessus sur le résultat d'un classement équivalent).

Le deuxième objectif de rendement de 40 % a été dépassé. En effet, selon une étude menée par Santé Canada en janvier 2015, 65 % des répondants ont affirmé qu'ils utilisaient « toujours » ou « souvent » le tableau de la valeur nutritive du Canada lorsqu'ils achetaient des aliments.

Les travaux visant à modifier les titres 15 et 16 du *Loi sur les aliments et drogues* pour éliminer les redondances, apporter des précisions à l'intention des intervenants et contribuer à réaliser les gains d'efficacité découlant des autorisations de mise en marché pour les additifs alimentaires se sont poursuivis. Les dispositions du titre 15 ont été publiées dans la *Gazette du Canada*, Partie I, aux fins de consultation du public. La proposition visait à réunir les règles existantes sur les contaminants et certains adultérants dans une liste unique qui serait ensuite intégrée par renvoi au titre 15 du *Règlement sur les aliments et drogues*. Le règlement incluait aussi une proposition pour abroger les dispositions de l'annexe E limitant la vente de saccharine en tant qu'édulcorant de table au Canada.

Sur le plan de l'évaluation et de la gestion des risques associés aux substances chimiques d'intérêt prioritaire dans le cadre du Plan de gestion des produits chimiques (PGPC), Santé Canada a :

- Publié en juillet 2014 le rapport provisoire d'évaluation préalable relatif à l'uréthane (carbamate d'éthyle) dans la *Gazette du Canada*, Partie I.
- Publié en octobre 2014 le rapport provisoire d'évaluation préalable relatif au groupe des substances azoïques aromatiques et à base de benzidine (amarante, tartrazine, nouvelle coccine, Orange II) dans la *Gazette du Canada*, Partie I.

- Organisé des consultations techniques sur les seuils de tolérance relatifs à l'arsenic et au plomb dans les jus de fruits, les nectars de fruits, les boissons prêtes à servir et les eaux embouteillées.
- Publié en décembre le document *Bisphénol A : Le point sur les engagements de la Direction des aliments en matière de gestion des risques relatifs aux préparations pour nourrissons*.

Le Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation[xli] a fait l'objet d'une évaluation. Protéger les Canadiens contre les risques pour la santé et la sécurité liés aux aliments, aux produits de consommation et aux produits de santé continue d'être une priorité du gouvernement fédéral. De plus, les activités lancées en vertu du Plan d'action sont parfaitement conformes aux objectifs stratégiques des partenaires et aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.

## Sous-programme 2.2.1 : *Salubrité des aliments*

**Description**

Le *Règlement sur les aliments et drogues* fournit le cadre réglementaire nécessaire à l'élaboration, à la mise à jour et à la mise en œuvre du programme sur la salubrité des aliments.

Le programme constitue l'autorité sanitaire fédérale responsable de la mise en place des normes, des politiques et des règlements liés à la salubrité des aliments et à la nutrition, ainsi que de l'examen et de l'évaluation de la salubrité des ingrédients qui composent les aliments, des médicaments à usage vétérinaire administrés aux animaux destinés à la consommation, de la transformation des aliments et des aliments prêts à être consommés. Dans le cadre du programme, des évaluations de la salubrité des aliments sur le plan chimique, microbiologique et nutritionnel sont menées. De plus, le programme planifie et met en œuvre des initiatives de surveillance de la salubrité des aliments et de recherche en matière de nutrition, en appui au mandat de normalisation des produits alimentaires attribué au Ministère.

L'objectif du programme est d'informer les Canadiens afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées en matière d'aliments et de nutrition.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 54 599 341 | 60 793 037 | 6 193 696 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par le financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses pour renforcer le système de surveillance de la salubrité des aliments du Canada et par les exigences en matière de rémunération (consulter la note de bas de page 3 à la page 31 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de rémunération).

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 558 | 464 | -94 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Intervention rapide face aux nouveaux incidents liés à la salubrité des aliments et au risque nutritionnel, dont les vagues d'intoxication alimentaire. | % des évaluations des risques pour la santé fournies à l'Agence canadienne d'inspection des aliments dans les délais prévus pour la gestion des incidents liés à la salubrité des aliments. | 90 par le 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Le Ministère a dépassé son objectif de rendement puisque les demandes d'évaluation des risques pour la santé émanant de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux ont été traitées à 100 % et conformément aux normes de service.

Le Ministère a organisé une série de tables rondes non officielles et lancé un sondage en ligne pour recueillir les commentaires de parents et de consommateurs canadiens sur la façon d'améliorer la présentation des renseignements nutritionnels sur les étiquettes des aliments. Ces rencontres ont été suivies d'une consultation plus officielle.

Des documents d'orientation ont été publiés à l'intention de l'industrie alimentaire sur les sujets suivants :

- Étiquetage relatif à la cuisson et à la manipulation sécuritaires de la viande et de la volaille hachées crues[xlii] en vue de fournir aux consommateurs de l'information cohérente et pertinente sur la salubrité des aliments.
- Exigences d'étiquetage relatives aux produits de bœuf attendris mécaniquement[xliii] vendus au Canada pour s'assurer que l'industrie comprenne bien ces exigences et que les consommateurs reconnaissent aisément les produits de bœuf attendris mécaniquement et puissent suivre les directives sur la cuisson sécuritaire figurant sur les étiquettes de ces produits.

Santé Canada a préparé des résumés des décisions sur les aliments nouveaux rédigés en langage clair pour permettre aux Canadiens de mieux comprendre le processus d'approbation de ces aliments au Canada. Il a aussi publié en mars le premier résumé d'une décision sur un aliment nouveau, soit la pomme Arctic.

Le Ministère, en mettant à contribution les modèles de prestation de services existants et les solutions élaborées et mises en œuvre à Santé Canada, a créé une base de données sur la gestion des demandes afin d'assurer le suivi et la surveillance des demandes préalables à la mise en marché. Cette base de données contient les demandes en attente ou approuvées présentées depuis avril 2014 portant sur des additifs alimentaires, des aliments nouveaux et des préparations pour nourrissons. De plus, un outil d'information de gestion a été mis en œuvre parallèlement à la base de données sur la gestion des demandes, ce qui a permis de produire des analyses stratégiques et des rapports de rendement pour les trois types de demandes préalables à la mise en marché susmentionnés. D'autres améliorations ont aussi été apportées à ces deux outils pour qu'à l'avenir, d'autres types de demandes préalables à la mise en marché puissent être intégrées.

## Sous-programme 2.2.2 : *Politique et promotion de la nutrition*

**Description**

La *Loi sur le ministère de la Santé* confère le pouvoir d'élaborer, de tenir à jour et de mettre en œuvre le programme des politiques et de la promotion en matière de nutrition.

Le programme définit, met en œuvre et fait la promotion de politiques et de normes nutritionnelles fondées sur des données probantes et se charge de la surveillance et de la supervision des activités. Il prévoit les enjeux de santé publique associés à la nutrition et intervient si un tel enjeu survient, et apporte sa contribution à des stratégies nationales et internationales de grande envergure.

De plus, le programme favorise les initiatives dont le but est d'accroître les connaissances des intermédiaires et des consommateurs sur l'alimentation saine et de leur faire prendre des mesures pour une saine alimentation. Dans le cadre du programme, une collaboration avec d'autres ministères et organismes fédéraux ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux a été établie, et la participation d'intervenants tels que des organisations non gouvernementales, des professionnels de la santé et des associations industrielles a été obtenue en vue d'adopter une approche coordonnée vis-à-vis des enjeux liés à la nutrition.

L'objectif du programme est de sensibiliser les Canadiens à faire des choix sains en matière d'alimentation.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 4 575 798 | 5 572 050 | 996 252 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux exigences en matière de rémunération (veuillez consulter la note de bas de page 3 à la page 31 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de rémunération) et des besoins accrus de la Campagne sur la saine alimentation.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 36 | 38 | 2 |

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les intervenants intègrent l'information sur la nutrition et une saine alimentation. | % des intervenants ciblés qui intègrent des connaissances, des produits, des politiques ou du matériel d'information de Santé Canada portant sur une saine alimentation dans leurs propres stratégies, politiques, programmes et initiatives qui s'adressent aux Canadiens. | 80 par le 31 mars 2016 | 89 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Le Ministère a dépassé ses cibles de rendement. Selon une évaluation de l'utilisation du Guide alimentaire canadien, 89 % des acteurs ciblés intègrent les connaissances en matière de saine alimentation des produits, des politiques et du matériel éducatif préparés par Santé Canada à leurs propres stratégies, politiques, programmes et initiatives de sensibilisation des Canadiens. Cela dit, le niveau d'intégration variait entre les secteurs public, privé et à but non lucratif.

Un cycle d'examen plus régulier a été mis en place pour faire en sorte que les recommandations canadiennes en matière d'alimentation restent scientifiquement rigoureuses, pertinentes et utiles.

En 2014-2015, un certain nombre d'activités ont été entreprises afin de favoriser l'implantation du cycle d'examen des données probantes :

- L'analyse des résultats du cycle d'examen des données probantes.
- La diffusion d'une évaluation de l'utilisation du Guide alimentaire canadien.
- La tenue d'un atelier destiné aux intervenants à l'occasion de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique.

Le Ministère a continué de collaborer avec les intervenants afin d'accroître la sensibilisation, la compréhension et les connaissances en matière d'alimentation saine, sur des sujets comme l'étiquetage nutritionnel, la réduction de la teneur en sodium des aliments et les compétences alimentaires.

En 2014-2015, Santé Canada a :

- Élaboré l'étape suivante de la campagne d'éducation sur le tableau de la valeur nutritive[xliv] en se concentrant sur les portions et le pourcentage de la valeur quotidienne.
- Conçu et diffusé un outil qui évalue les partenariats avec l'industrie alimentaire afin de s'assurer de l'absence de conflits d'intérêts potentiels et de la prédominance des avantages sur les risques. Un outil semblable a été mis au point pour évaluer la collaboration avec les chercheurs.
- Continué de travailler avec les autorités de la santé publique, les organismes du domaine de la santé et les détaillants des provinces et territoires à promouvoir une compréhension accrue de la façon d'augmenter l'accessibilité et la disponibilité des aliments nutritifs, l'un des engagements du cadre « Freiner l'obésité juvénile[xlv] ».
- Élaboré un nouvel outil appelé l'« Assiette bien manger[xlvi] », qui met l'accent sur le choix d'aliments sains. Le concept de l'« Assiette bien manger » et les messages qu'il véhicule visent à aider les consommateurs à visualiser ce qu'est un repas santé; les proportions des groupes alimentaires associées à des habitudes alimentaires saines y sont présentées en accordant une place importante aux fruits et légumes. L'outil en ligne qui accompagne l'« Assiette » fournit aux consommateurs des messages simplifiés à caractère éducatif pour qu'ils puissent mettre en pratique les recommandations de Santé Canada en matière d'alimentation.
- Publié de nouvelles composantes de la « Trousse éducative Mangez bien et soyez actif[xlvii] » afin de promouvoir l'utilisation et la compréhension du Guide alimentaire canadien et des conseils pour être actif, notamment de nouveaux plans d'activités, des suppléments pour les enseignants et une galerie d'images et de présentations prêtes à utiliser.
- Mis à jour et enrichi le contenu de la « Boîte à outils pour une saine alimentation[xlviii] » en y ajoutant, entre autres, des fiches d'information sur les fruits et légumes, sur l'hydratation et sur les achats futés à l'épicerie.

## Programme 2.3 : *Risques pour la santé liés à l'environnement*

**Description**

La *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)* et la *Loi sur le ministère de la Santé* confèrent au programme sur les risques pour la santé liés à l'environnement le pouvoir d'évaluer et de gérer les risques pour la santé associés aux changements climatiques, à la qualité de l'air, à la qualité de l'eau potable et aux substances chimiques. Cette activité de programme est étroitement liée aux activités de programme de Santé Canada en matière de produits de santé, de salubrité des aliments et de nutrition, de sécurité des produits de consommation et de pesticides, car la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* confèrent le pouvoir de gérer les risques pour la santé que posent les substances chimiques dans les produits en vertu de ces activités de programme.

Les principales activités comprennent l'évaluation et la gestion des risques, ainsi que la recherche et la biosurveillance des substances chimiques; la fourniture d' un soutien technique pour les urgences chimiques qui exigent une intervention fédérale coordonnée; l'élaboration de lignes directrices pour la qualité de l'air intérieur et extérieur; l'élaboration et la diffusion de lignes directrices pour la qualité de l'eau; et le soutien de la mise en place d'alertes à la chaleur et de systèmes d'intervention dans les collectivités canadiennes.

L'objectif du programme est de protéger la santé des Canadiens par l'évaluation et la prise en charge des risques pour la santé associés aux substances chimiques et de fournir des avis spécialisés et des lignes directrices aux partenaires concernant les effets sur la santé de facteurs environnementaux comme les contaminants de l'air et de l'eau et le changement climatique.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 102 849 859 | 102 849 859 | 107 392 104 | 97 967 114 | -4 882 745 |

Remarque : L'écart de 4,9 millions de dollars entre les dépenses prévues et les dépenses réelles s'explique principalement par les retards dans la réalisation de projets et une diminution des coûts d'entretien des laboratoires en partie compensés par le financement pour la modernisation du Centre de recherche Sir-Frederick-Banting à l'appui du Plan de gestion des produits chimiques.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 720 | 588 | -132 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens, les établissements et les partenaires des gouvernements disposent des directives et des outils dont ils ont besoin pour faire face aux risques environnementaux pour la santé possibles et réels. | % de documents d'orientation élaborés. | 100 par le 31 mars 2015 | 90 |
| Les substances chimiques considérées comme dangereuses pour la santé humaine sont gérées dans des délais raisonnables. | % de substances jugées nocives pour la santé humaine après évaluation pour lesquelles au moins un outil de gestion des risques a été élaboré par catégorie de substance (nouvelle et existante). | 100 par le 31 mars 2015 | 85 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a atteint objectif de protéger la santé des Canadiens en évaluant et en gérant les risques pour la santé associés aux substances chimiques et a fourni des avis spécialisés et des lignes directrices aux partenaires concernant les effets sur la santé de facteurs environnementaux tels que les contaminants de l'air et de l'eau et le changement climatique.

Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre du Plan de gestion des produits chimiques (PGPC). En ce qui concerne les substances existantes, la version finale de cinq outils de gestion des risques associés à six substances ont été publiés, pour des substances jugées nocives pour la santé humaine (la version finale de trois outils, sur les cinq, couvrant quatre substances, a été publiée dans les délais prévus, à savoir dans les 18 mois suivant la publication des propositions). Parmi les nouvelles substances, il a été établi que sept substances étaient potentiellement nocives pour la santé humaine et que, pour 100 % de ces substances, au moins un instrument de gestion des risques a été élaboré à l'intérieur du délai imposé. Les résultats combinés pour la gestion des risques des substances existantes et des nouvelles substances indiquaient que les risques avaient

été gérés pour 11 des 13 (85 %) substances en 2014-2015, les deux autres substances faisant présentement l'objet d'un processus d'approbation à l'interne.

En 2014-2015, le Ministère a également mené des évaluations des risques, effectué des analyses des avantages pour la santé et mené des activités de recherche et de sensibilisation dans le but d'élaborer des lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur résidentiel, de même qu'un règlement visant à réduire les émissions provenant des transports et un projet de normes nationales de qualité de l'air ambiant (NCQAA) axé sur la santé relatif au dioxyde de soufre et au dioxyde d'azote. Le Ministère s'est aussi employé à mieux faire connaître la Cote air santé (CAS) et à en étendre la portée. Santé Canada a également protégé la santé des Canadiens en parachevant cinq lignes directrices et documents d'orientation axés sur la santé traitant de l'eau potable, lesquels ont été approuvés par les provinces et les territoires, et six documents d'orientation sur des sites contaminés. En ce qui concerne les évaluations environnementales, trois documents d'orientation sur cinq ont été rédigés et sont en voie d'être publiés (qualité de l'air, qualité de l'eau et effets radiologiques), tandis que les deux autres font présentement l'objet d'un processus d'approbation à l'interne. En résumé, 18 des 20 documents d'orientation ont été parachevés en 2014-2015, ce qui représente un taux réel d'achèvement de 90 %.

## Sous-programme 2.3.1 : *Changements climatiques et santé*

**Description**

Le programme du changement climatique et de la santé favorise les activités permettant de réduire les conséquences du changement climatique sur la santé des Canadiens en vertu du Programme sur la qualité de l'air du gouvernement du Canada.

Le Projet sur la résistance à la chaleur, dont le but est d'informer et de conseiller les organismes de santé publique et la population du Canada sur les stratégies d'adaptation en cas d'épisode de chaleur accablante, constitue une activité fondamentale de ce programme.

Il comprend notamment la création de systèmes communautaires d'avertissement et d'intervention en cas de chaleur, l'élaboration et la diffusion d'outils de formation, de lignes directrices et de stratégies à l'intention des professionnels de la santé et des services de coordination et d'intervention d'urgence, la collaboration avec les principaux intervenants et partenaires en vue d'évaluer et de réduire la vulnérabilité à la chaleur accablante et la recherche scientifique sur les effets de cette dernière sur la santé pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.

L'objectif du programme est d'aider les Canadiens à s'adapter au changement climatique grâce à des mesures visant à prendre en charge les risques pour leur santé associés à la chaleur accablante.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1 432 383 | 1 716 384 | 284 001 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par la déclaration des coûts réels qui avait été précédemment prévus dans le cadre du sous-programme Qualité de l'air.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 11 | 10 | -1 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Application des connaissances sur l'incidence du changement climatique sur la santé et sur les mesures d'adaptation prises par les communautés canadiennes. | # de communautés canadiennes disposant de systèmes d'avertissement et d'intervention en cas de chaleur. | 12 par le 31 mars 2016 | 12 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Le programme a atteint son objectif de 12 collectivités pour ce qui est du SAIC. La chaleur extrême devient de plus en plus menaçante pour la santé et le bien-être des Canadiens sachant que les changements climatiques devraient entraîner des périodes de chaleur d'une fréquence, d'une intensité et d'une durée accrues. La mise en œuvre de mesures préparatoires appropriées, notamment de SAIC efficaces, devrait permettre de réduire au minimum les risques pour la santé associés aux périodes de chaleur accablante. Compte tenu des résultats de l'exercice précédent, Santé Canada a réorienté ses activités consistant à soutenir à l'échelle communautaire l'élaboration de SAIC dans les collectivités à risque pour plutôt soutenir la mise en œuvre de systèmes à l'échelle des provinces qui viendraient compléter le système qu'il continue d'appuyer au Manitoba.

Les activités du programme pour aider les autorités de santé publique de la santé à enrichir leurs connaissances sur le sujet et à se préparer à faire face aux effets sur la santé des vagues de

chaleur se sont poursuivies. En 2014-2015, les travaux de recherche en collaboration avec l'Ontario et l'Alberta ont continué afin de cerner les mesures de santé publique qui doivent être déclenchées lorsqu'une vague de chaleur est annoncée. De plus, les responsables du programme ont travaillé avec dix autorités de la santé publique de l'Ontario et le comité d'organisation des Jeux panaméricains à l'établissement d'outils d'alerte et de communication en cas de chaleur accablante afin de protéger les athlètes et les spectateurs contre les problèmes de santé associés à la chaleur. Ce projet appuiera l'objectif plus général qui consiste à élaborer une approche cohérente à l'échelle provinciale pour ce qui est de la mise en place du SAIC en Ontario.

Le programme a également appuyé l'application des connaissances et le renforcement des capacités à l'échelle internationale. Conjointement avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Santé Canada a apporté son aide au petit État insulaire de la Dominique pour la réalisation d'une évaluation du changement climatique et de la vulnérabilité de la santé. Dans un contexte nord-américain, le programme a continué à coordonner le Groupe de travail nord-américain sur les changements climatiques et la santé humaine. Ce groupe unique est en mesure de réunir des initiatives stratégiques sur le changement climatique, la santé humaine et les données météorologiques entre le Canada, les É.-U. et le Mexique afin de coordonner la recherche et de renforcer les capacités et l'échange de renseignements.

Des façons de mettre à profit les données recueillies au cours de vagues de chaleur ont aussi été explorées avec les principaux partenaires. Ces partenaires étaient présents dans le domaine de l'échange et de la production de données visant à optimiser les tâches des intervenants en santé publique avant et pendant les vagues de chaleur.

La participation de tous les ordres de gouvernement ainsi que du public est essentielle pour accroître la résistance des collectivités à la chaleur accablante. Le succès de ce programme résulte de la reconnaissance que les processus de collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux, lesquels font appel à la participation d'un large éventail d'intervenants, ont joué un rôle clé dans l'établissement du SAIC, de même que les avis techniques fournis aux professionnels de la santé publique et de la santé.

## Sous-programme 2.3.2 : *Qualité de l'air*

**Description**

Le programme sur la qualité de l'air évalue les risques pour la santé des polluants intérieurs et extérieurs et élabore des lignes directrices et des normes, en vertu de la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)*. Ces activités appuient le Programme sur la qualité de l'air du gouvernement du Canada mis en œuvre en partenariat avec Environnement Canada dans le but de gérer les risques pour l'environnement et la santé des Canadiens associés à la qualité de l'air.

Le programme fournit des conseils scientifiques et stratégiques fondés sur la santé appuyant l'adoption de mesures par tous les ordres de gouvernement pour améliorer la qualité de l'air et la santé des Canadiens. Les principales activités comprennent la direction de la conception de normes et de lignes directrices sur la qualité de l'air intérieur et extérieur fondées sur la santé, la

*Administration des avantages pour la santé des mesures proposées pour réduire la pollution de l'air, la réalisation de recherches sur le niveau d'exposition aux polluants intérieurs et extérieurs et leurs effets sur la santé afin de documenter la conception de normes, de lignes directrices, de règlements et d'autres mesures et la mise en œuvre de la Cote air santé en partenariat avec Environnement Canada.*

*L'objectif du programme est d'évaluer les répercussions de la pollution atmosphérique sur la santé et de fournir une orientation aux gouvernements, aux professionnels de la santé, et au grand public afin de réduire ces risques.*

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 23 148 544 | 19 568 747 | -6 147 797 |

Remarque : L'écart en les dépenses réelles et prévues résulte principalement de la modification des ressources à des fonctions requises, notamment à l'encadrement substantiel et à la fourniture de conseils en vue de soutenir la gestion locale de l'incinération des installations de traitement des déchets d'Iqaluit. En outre, la cohérence des activités de gestion du risque a été renforcée par une participation et les coûts d'entretien des laboratoires ont été réduits.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 114 | 92 | -22 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens, les établissements et les gouvernements ont accès à des renseignements sur la qualité de l'air et les effets sur la santé. | % de Canadiens ayant accès à la Cote air santé. | 80 par le 31 mars 2016 | 66 |
| | % d'évaluations fédérales de la qualité de l'air prévues et de mesures de gestion du risque publiées ou diffusées à l'externe. | 100 par le 31 mars 2015 | 67 |
| Les partenaires gouvernementaux ont accès à des renseignements scientifiques sur les répercussions de la | % d'activités de transfert des connaissances réalisées accomplies en rapport avec la qualité de l'air (p. ex. réunions avec les clients, présentations | 95 par le 31 mars 2015 | 100 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| qualité de l'air sur la santé. | par affiches et dans le cadre de conférences et publications examinées par des pairs). | | |

*Analyse du rendement et leçons retenues*

*La mise en œuvre progressive de la CAS partout au Canada et d'autres produits de sensibilisation du public améliore la capacité des Canadiens de gérer et de réduire leur exposition aux polluants atmosphériques sur une base quotidienne. Des progrès ont été réalisés, et l'on a atteint une couverture de 69 %. L'objectif pour la CAS est d'obtenir une couverture de 80 % des Canadiens d'ici le 31 mars 2016.*

*La participation constante et rapide dans le processus de tous les ordres de gouvernement, des organisations non gouvernementales et de l'industrie continue d'être essentielle pour assurer l'efficacité des mesures visant à améliorer la qualité de l'air. En 2014-2015, Santé Canada a continué d'appuyer la mise en œuvre du Système national de gestion de la qualité de l'air en (SGQA) codirigeant l'établissement, en collaboration avec de multiples intervenants, de nouvelles normes nationales de qualité de l'air ambiant (NNQAA) relatives au dioxyde de soufre, en menant des évaluations des risques pour la santé afin d'appuyer la création des prochaines normes relatives au dioxyde d'azote et en examinant les normes de 2020 pour les particules fines et l'ozone. De même, le Ministère a travaillé avec Environnement Canada et ses partenaires provinciaux et territoriaux à la mise en œuvre du plan de travail 2014-2017 du Groupe de travail sur les sources mobiles (GTSM) dans le cadre du SGQA visant à réduire les émissions de sources mobiles (moteurs de véhicules et autres).*

*Dans le cadre de notre soutien aux partenaires provinciaux et territoriaux et de notre collaboration avec eux en cas d'intervention en cas d'urgence, Santé Canada a aussi fourni d'importantes infrastructure de surveillance, a assuré le transfert de connaissance et fourni des conseils en matière de santé en vue d'assurer la gestion par les autorités locales de l'incendie de l'installation de gestion des déchets d'Iqaluit.*

*Des progrès considérables ont été faits à l'égard d'un certain nombre d'évaluations des risques pour la santé, notamment des risques liés au carburant diesel, au dioxyde d'azote et à l'acétaldéhyde, même si la complexité des analyses ne permet pas de progresser rapidement. Une méthode d'évaluation générale pour le secteur industriel et une technique d'évaluation prédictive rapide des composés organiques volatils (COV) ont été utilisées afin d'améliorer l'efficacité du processus de certaines évaluations des risques pour la santé. Santé Canada a également lancé un processus chapeauté par l'Association canadienne de normalisation (CSA) afin d'élaborer une norme de gestion des émissions de COV de certains matériaux de construction.*

*Le Programme de la qualité de l'air n'a pas tout à fait atteint les cibles prévues pour la prestation de conseils en matière de santé visant à réduire les risques que posent les polluants atmosphériques, car un certain nombre de problèmes urgents ont nécessité une réaffectation des ressources, notamment la prestation d'importants services de surveillance et de conseils en*

matière de santé pour assurer la gestion de l'incendie de l'installation de gestion des déchets à hydrolyse sur le plan local. La tâche du Ministère a en outre été compliquée par d'autres problèmes liés aux évaluations des risques et au rapport de mesures de gestion des risques de ses partenaires, ce qui a entraîné des retards dans la réalisation des travaux dans les délais prévus.

Un certain nombre d'études de recherche ont démontré une amélioration de la qualité de l'air grâce à l'application de stratégies d'intervention en matière de combustion, dont une stratégie rapidement mise en œuvre par le Conseil scolaire de district d'Ottawa-Carleton. En continuant de publier des résultats d'études dans des revues scientifiques crédibles, on s'assure que la science de Santé Canada contribue à l'ensemble de connaissances dont on dispose concernant les répercussions de la qualité de l'air sur la santé.

La recherche sur la qualité de l'air et la santé a généré 19 activités de transfert des connaissances (100 % des activités prévues), parmi lesquelles figurent des réunions avec les clients, des rapports, des publications et des présentations. À titre d'exemple, l'étude pancanadienne Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC), laquelle examine les effets à long terme de l'exposition à la pollution de l'air extérieur associée à des sources de combustion, a fourni des éléments de preuve essentiels à l'élaboration de nouvelles normes NNEQAA pour les particules fines (PM 2,5) à des niveaux inférieurs à ceux auparavant jugés préoccupants pour la santé (10 ug/m$^3$).

## Sous-programme 2.3.3 : Qualité de l'eau

### Description

En vertu de la Loi sur la protection de la santé, le programme sur la qualité de l'eau fait appel à des intervenants et des partenaires clés comme les provinces et les territoires pour établir des lignes directrices relatives à la qualité de l'eau potable canadienne, des eaux utilisées à des fins récréatives et des eaux recyclées. Ces lignes directrices sont le fondement des règlements sur la qualité de l'eau des provinces et des territoires.

Le programme collabore aussi avec des organismes de normalisation nationaux et internationaux à l'élaboration de normes sanitaires visant les produits qui entrent en contact avec l'eau potable. Il travaille aussi avec des partenaires à la conception de stratégies et d'outils pour améliorer la sécurité de l'approvisionnement en eau potable dans les petites communautés.

Les principales activités découlant de ce programme comprennent l'élaboration et la diffusion de lignes directrices et de documents d'orientation techniques sur la qualité de l'eau, de stratégies et d'autres outils.

L'objectif du programme est de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés à la qualité de l'eau.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 3 864 563 | 3 627 335 | -237 228 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par des retards dans les processus de dotation en personnel.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 35 | 29 | -6 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est attribuable à des postes non pourvus.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les partenaires du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires utilisent les lignes directrices de Santé Canada sur la qualité de l'eau comme point de départ pour leurs exigences réglementaires sur la gestion des risques pour la santé de la population canadienne. | # de lignes directrices et de documents d'orientation sur la qualité de l'eau approuvés par des comités fédéraux, provinciaux ou territoriaux. | 5 par le 31 mars 2015 | 5 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Le programme de la qualité de l'eau a atteint sa cible, à savoir la réalisation de cinq versions finales de lignes directrices et de documents d'orientation sur la qualité de l'eau potable approuvées par les provinces et les territoires. Ces documents ont trait au toluène, à l'éthylbenzène, aux xylènes, au tétrachlorure d'éthylène (lignes directrices) ou aux avis d'ébullition (document d'orientation). Ils servent de référence quant aux exigences en matière de qualité de l'eau potable partout au Canada. Pour respecter en permanence cet engagement, le programme doit en tout temps mener entre 20 et 30 évaluations des risques en parallèle. Ces évaluations requièrent la participation d'une multitude de partenaires et d'intervenants qui examinent les aspects scientifiques, techniques et pratiques des documents en vigueur d'évaluation des risques durant les différentes étapes de leur élaboration et qui en discutent.

Le Ministère, en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), a aussi continué d'étendre à d'autres sites l'application du Réseau canadien de renseignements sur la santé publique sur les avis concernant la qualité de l'eau potable. Cette application permet de suivre les avis concernant la qualité de l'eau potable et les raisons pour lesquelles ils sont émis. Elle permettra au Ministère de cerner les tendances au fil du temps, y compris les raisons à l'origine de ces avis.

## Sous-programme 2.3.4 : *Incidence des produits chimiques sur la santé*

**Description**

La *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)* confère au programme sur les effets sur la santé des substances chimiques le pouvoir d'évaluer l'impact des substances chimiques et de gérer les risques sur la santé des substances nouvelles et existantes fabriquées, importées ou utilisées au Canada. L'activité de ce programme est étroitement liée aux activités des programmes de Santé Canada en matière de produits de santé, de salubrité des aliments et de nutrition, de sécurité des produits de consommation et de pesticides. La *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi sur les produits antiparasitaires* et la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* confèrent le pouvoir de gérer les risques pour la santé que posent les substances chimiques dans les produits en vertu des programmes en question.

Le Plan de gestion des produits chimiques (PGPC), mis en œuvre en partenariat avec Environnement Canada, établit les priorités et les échéanciers relatifs à l'évaluation des risques et à la gestion des produits chimiques préoccupants ainsi que les initiatives de recherche et de biosurveillance à l'appui.

En plus des activités susmentionnées liées à l'évaluation des risques et à la gestion, ce programme fournit des conseils spécialisés axés sur la santé et du soutien à d'autres ministères fédéraux dans la réalisation de leur mandat. Il offre aussi du soutien technique en cas d'urgences chimiques nécessitant une intervention coordonnée du gouvernement fédéral.

L'objectif du programme est de déterminer et de prendre en charge les risques pour la santé des Canadiens associés aux substances chimiques préoccupantes.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 73 806 369 | 74 024 648 | 218 279 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par la déclaration des coûts réels qui avait été précédemment planifiés dans le cadre du sous-programme Qualité de l'air.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 560 | 457 | -103 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les risques liés aux substances chimiques sont évalués. | % de nouvelles substances au sujet desquelles l'industrie a envoyé une déclaration de fabrication ou d'importation qui sont évaluées dans les délais fixés. | 100 par le 31 mars 2015 | 100 |
| | % de total des 1 500 substances existantes visées par l'échéance de 2016 qui ont été évaluées. | 33 par le 31 mars 2015 | 70 |
| Les partenaires gouvernementaux ont accès à des données scientifiques sur les effets des substances chimiques sur la santé. | % d'activités de transfert des connaissances ciblées accomplies en rapport avec les substances chimiques (p. ex. réunions avec les clients, présentations par affiches et dans le cadre de conférences et publications examinées par des pairs). | 95 par le 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En 2014-2015, Santé Canada a poursuivi la mise en œuvre du PGPC. Grâce au regroupement des substances et à des initiatives d'évaluation préalable rapide, Santé Canada a achevé l'établissement des ébauches de rapports d'évaluation préalable (EREP) pour 1 057 substances, soit 70 % de l'objectif global de 1 500 substances au 31 mars 2016, portant ainsi le total cumulatif à 95 % au 31 mars 2015. En outre, le taux d'achèvement cumulatif pour les rapports finaux d'évaluation préalable (RFEP) a atteint 28 % le 31 mars 2015. Santé Canada a pour objectif d'établir des RFEP pour environ 90 % des 1 500 substances publiées d'ici le 31 mars 2016.

Toutes les nouvelles substances sur le marché canadien (501) ont également été évaluées dans les délais fixés en 2014-2015. En outre, des mesures de contrôle ont été prises dans les délais prescrits pour toutes les nouvelles substances évaluées comme étant nocives pour la santé humaine (7). Un tel succès est dû à un programme établi, à la détermination rapide des priorités et des objectifs de rendement, au suivi continu des progrès réalisés et au rajustement des niveaux de ressources pour atteindre les objectifs.

En 2014-2015, l'analyse des données reçues dans le cadre de la deuxième phase de la Mise à jour de l'inventaire de la liste intérieure des substances (phase 2 de la Mise à jour) est terminée. Les données servent à mettre à jour la situation commerciale des substances prioritaires restantes pour l'évaluation, à éclairer la détermination des priorités pour la prochaine phase du PGPC et à soutenir les activités ultérieures d'évaluation et de gestion des risques, le cas échéant.

Santé Canada a terminé toutes les activités de transfert de connaissances prévues (365), comme les réunions avec les clients, les rapports, les publications et les présentations à l'appui des activités de recherche, de contrôle et de surveillance menées dans le cadre du PGPC. Par exemple, sept articles de journaux ont été publiés au sujet de l'Étude mère-enfant sur les composés chimiques de l'environnement, une étude nationale de biosurveillance sur l'exposition des femmes enceintes et de leurs enfants à des contaminants de l'environnement d'intérêt prioritaire et leurs effets potentiels sur la santé.

L'installation du logiciel de gestion de l'information et de l'acheminement du travail Phoenix a aidé le programme à atteindre ces objectifs. Il était également important de communiquer les progrès aux intervenants de façon utile et de comprendre que différents intervenants participent ou prennent des mesures proactives à différentes étapes du cycle du PGPC. Par ailleurs, les intervenants ont bien accueilli la publication régulière d'un rapport sur les progrès relatifs au PGPC.

**Programme d'évaluation environnementale et Programme pour les sites contaminés fédéraux**

Le Programme d'évaluation environnementale a fourni du soutien et des conseils à l'égard de 69 des 74 projets au pays qui font actuellement l'objet d'un examen et d'une évaluation en matière d'environnement (~ 45 en 2014-2015) sur les effets de la pollution de l'air et de l'eau, la contamination de la nourriture traditionnelle et de l'exposition au bruit et à la radiation. Dans le cadre du Plan d'action pour les sites contaminés fédéraux (PASCF), Santé Canada a atteint tous les objectifs fixés pour la prestation aux ministères gardiens fédéraux de conseils propres à un site sur l'évaluation, l'atténuation et la gestion des risques concernant les sites contaminés anciens, afin de réduire les risques pour la santé humaine et le passif fédéral.

## Programme 2.4 : *Sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail*

**Description**

Le programme de la sécurité des produits de consommation et des produits chimiques utilisés au travail appuie les efforts visant à protéger les Canadiens contre les produits de consommation et les produits chimiques dangereux.

Le programme de la sécurité des produits de consommation aide l'industrie à s'acquitter de sa responsabilité d'assurer la sécurité de ses produits, ainsi que les consommateurs à s'occuper de faire des choix éclairés au sujet de l'achat et de l'utilisation des produits, conformément aux pouvoirs conférés par la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*, la *Loi sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les cosmétiques*[xlix] Les efforts de Santé Canada sont axés sur la prévention active; la surveillance ciblée et l'intervention rapide.

La *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* confèrent au programme de la sécurité des produits chimiques utilisés au travail le pouvoir d'assurer l'application d'une norme nationale pour la communication des renseignements sur les dangers fondée sur l'étiquetage de sécurité et des fiches signalétiques pour les produits chimiques dangereux servant dans les lieux de travail canadiens, ainsi que la protection des renseignements commerciaux confidentiels connexes.

Les objectifs du programme sont de protéger les Canadiens en prenant en charge les risques pour la santé et la sécurité que posent les produits de consommation et les cosmétiques sur le marché canadien, ainsi que les produits chimiques dangereux utilisés au travail.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 37 725 014 | 37 725 014 | 37 697 458 | 34 325 605 | -3 399 409 |

Remarque : L'écart de 3,4 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles s'explique en grande partie par une réaffectation des fonds destinés à appuyer les activités du Système général harmonisé (SGH) de classification et d'étiquetage des produits chimiques et par le report en 2015-2016 du programme national de formation pour le Programme sur la sécurité des produits de consommation, cela afin de permettre l'intégration de politiques et de procédures modernisées.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 301 | 295 | -6 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les risques associés aux produits de consommation et aux cosmétiques sur le marché canadien sont gérés adéquatement. | % de produits non conformes ciblés par le Plan d'application cyclique et les rapports d'incident, pour lesquels des mesures de gestion des risques sont prises conformément aux procédures opérationnelles et aux échéances établies. | 85 par le 31 mars 2015 | 96 |
| Les renseignements commerciaux confidentiels sont protégés conformément aux exigences de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*. | # de violations de la confidentialité. | 0 par le 31 mars 2015 | 0 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En 2014-2015, Santé Canada a pris des mesures relativement à des produits de consommation et à des cosmétiques non conformes environ 96 % du temps à l'intérieur de la norme de service, ce qui est nettement supérieur à l'objectif attendu de 85 %. Santé Canada a continué de suivre l'efficience de ses procédures opérationnelles de gestion des risques pour s'assurer de la prise de mesures rapides pour réduire les risques que posent les produits de consommation et les cosmétiques dangereux offerts sur le marché canadien. Dans un esprit d'ouverture et de transparence à l'égard de la réglementation, Santé Canada a commencé à afficher les résultats de ses activités d'application cyclique sur Internet, afin que la population canadienne puisse facilement avoir accès à de l'information sur la conformité. De plus, une nouvelle approche d'application a été mise à l'essai aux points d'accès du Canada afin de mettre en œuvre un plus grand nombre de techniques de prévention active dans le cadre de projets d'application cyclique; de nouvelles approches d'inspection ont été mises en place pour évaluer plus en profondeur la

capacité de l'industrie de satisfaire aux exigences de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation*.

Santé Canada a assuré la protection des renseignements commerciaux confidentiels de l'industrie, conformément aux exigences de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, tout en s'assurant de mettre à la disposition de la main-d'œuvre les renseignements essentiels sur la santé et la sécurité. Le Système général harmonisé (SGH) de classification et d'étiquetage des produits chimiques utilisés au travail a été instauré le 11 février 2015 dans le cadre du Plan d'action du CCR Canada-É.-U. L'instauration du SGH s'inscrit dans la foulée des initiatives importantes du CCR visant à alléger le fardeau lié au respect de la réglementation, à accroître la protection de la main-d'œuvre et à promouvoir la collaboration avec les principaux partenaires commerciaux.

## Sous-programme 2.4.1 : *Sécurité des produits de consommation*

**Description**

La *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* ainsi que la *Loi sur les aliments et drogues* et son *Règlement sur les cosmétiques* confèrent à ce programme le pouvoir de s'assurer que l'industrie assume la responsabilité de la sécurité de ses produits et que les consommateurs prennent des décisions éclairées au sujet de l'achat et de l'utilisation des produits. Les efforts de Santé Canada sont axés sur la prévention active; la surveillance ciblée et l'intervention rapide.

Grâce à la prévention active, le programme collabore avec l'industrie, les organismes de réglementation et ses homologues internationaux pour concevoir des normes ainsi que des lignes directrices et communiquer ses pratiques exemplaires au besoin. Le programme encourage aussi la sensibilisation des consommateurs à l'utilisation sécuritaire de certains produits de consommation afin de favoriser une prise de décisions éclairées.

Grâce à une surveillance ciblée, le programme entreprend régulièrement des cycles de vérification de la conformité et d'application de la loi pour les catégories de produits sélectionnées et analyse les problèmes ciblés en plus d'y répondre par le biais de rapports obligatoires, d'études de marché, de résultats de laboratoire et d'autres méthodes.

Grâce aux interventions rapides, lorsque des produits de consommation présentant un risque inacceptable sont ciblés, le programme peut agir rapidement pour protéger la population et prendre des mesures d'application de la loi appropriées, y compris la publication d'avis aux consommateurs, la collaboration avec l'industrie pour négocier le rappel des produits ou d'autres mesures correctives.

L'objectif du programme est de gérer les risques pour la santé et la sécurité que posent les produits de consommation et les cosmétiques sur le marché canadien.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 33 766 919 | 29 183 362 | -4 583 557 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues résulte principalement d'un transfert de fonds à la Sécurité des produits chimiques utilisés au travail afin d'appuyer les activités du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques utilisés au travail, de même que du report en 2015-2016 du programme national de formation pour le Programme sur la sécurité des produits de consommation, cela afin de permettre l'intégration de politiques et de procédures modernisées.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 267 | 254 | -13 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est principalement attribuable au transfert de ressources afin d'appuyer les activités du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques utilisés au travail.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les industries canadiennes ciblées sont au courant des exigences réglementaires liées aux produits de consommation et aux cosmétiques. | % d'intervenants des industries canadiennes ciblées indiquant qu'ils sont au courant des exigences réglementaires. | 95 par le 31 mars 2015 | 95 |
| Détection rapide des produits de consommation et des cosmétiques potentiellement dangereux. | % des rapports d'incident reçus et triés à l'intérieur de la norme de service. | 90 par le 31 mars 2015 | 99 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a préparé et publié en ligne de nombreux guides pour l'industrie, notamment pour aider les petites et moyennes entreprises à comprendre leurs obligations dans le cadre de la *Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation* et de son règlement d'application.

En janvier 2015, Santé Canada a publié le Guide destiné à l'industrie sur la classification des lits d'enfants, des berceaux, des moïses et des produits connexes. Ce guide faisait suite a répondre à

un besoin formulé par l'industrie d'obtenir une orientation sur la classification des produits selon les définitions de « lit d'enfant », « berceau » et « moïse » prévues dans le *Règlement sur les lits d'enfant, berceaux et moïses*[1]. Un sondage sur l'efficacité de ce guide a ensuite été mené auprès des membres de l'industrie. Les répondants s'accordaient tous (100 %) pour dire que le guide leur permettait de mieux comprendre comment classer leurs produits conformément aux définitions données dans le règlement et 91 % étaient d'avis que l'information du guide était présentée de façon claire et structurée.

Santé Canada a trié les rapports d'incidents afin de détecter les produits de consommation et les cosmétiques potentiellement dangereux dès que possible. Ces rapports ont ensuite été soumis à un processus adéquat d'évaluation, de gestion ou de surveillance des risques. En 2014-2015, Santé Canada a reçu 1 924 rapports d'incidents (61 % de l'industrie et 39 % des consommateurs) et trié 85 % d'entre eux selon la norme de service, ce qui dépasse la norme de rendement, qui est de 90%.

De concert avec les É.-U. et le Mexique, Santé Canada a dirigé l'élaboration de présentations communes pour deux importants salons professionnels nord-américains sur des produits de consommation. Les trois organismes travaillaient pour la première fois ensemble à une présentation technique destinée à des membres de l'industrie. Une présentation trilatérale sur les poussettes a été donnée lors de l'exposition ABC Kids Expo à Las Vegas en septembre 2014, tandis que la présentation Canada-É.-U. sur la sécurité des jouets a été donnée dans le cadre de l'exposition North American International Toy Fair à New York en février 2015. Les trois pays ont également participé à une campagne internationale de sensibilisation de l'OCDE sur les piles boutons et les capsules de détergent à lessive. Pour que se poursuive la coopération internationale se rapportant au règlement sur les cosmétiques, Santé Canada a accueilli la 8e réunion de l'International Cooperation on Cosmetics Regulation (ICCR) en juillet 2014; des représentants des É.-U., du Japon, de l'Union européenne, du Brésil et de la Chine étaient présents.

L'approche fondée sur les risques mise en place pour toutes les activités du sous-programme a progressé. Le Cadre d'évaluation des risques du Programme de la sécurité des produits de consommation a été élaboré en décembre 2014, le résumé a été affiché sur le site Web de Santé Canada en mars 2015. Le sous-programme continue de renforcer ses rapports de surveillance et ses demandes ponctuelles d'activités d'analyse afin d'étoffer ses activités de sensibilisation, de conformité et d'application de la loi.

## Sous-programme 2.4.2 : *Sécurité des produits chimiques au travail*

**Description**

La *Loi sur les produits dangereux* et la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses* confèrent à ce programme le pouvoir de protéger la santé et la sécurité des travailleurs canadiens.

En vertu de la *Loi sur les produits dangereux*, Santé Canada réglemente la vente et l'importation des produits chimiques dangereux utilisés par des travailleurs canadiens en précisant les exigences en ce qui a trait à l'étiquetage de mises en garde et aux fiches signalétiques.

En vertu de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, Santé Canada utilise un mécanisme opportun pour permettre aux entreprises de protéger leurs renseignements commerciaux confidentiels, assurant ainsi la compétitivité industrielle, tout en exigeant que tous les renseignements essentiels concernant les dangers soient divulgués aux travailleurs.

Le programme établit les normes générales du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT), qui lie étroitement la législation fédérale, provinciale et territoriale visant à ce que les étiquettes et les fiches signalétiques soient accessibles et compréhensibles, à ce que les critères d'étiquetage et de classification soient appliqués uniformément et à ce que les activités de vérification de la conformité et d'application de la loi soient harmonisées partout au pays.

L'objectif du programme est de veiller à ce qu'un système national coordonné fournisse des renseignements essentiels sur la santé et la sécurité des produits chimiques dangereux aux travailleurs canadiens.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 3 958 095 | 5 142 243 | 1 184 148 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à une réaffectation du financement non inclus dans les dépenses réelles ainsi qu'à l'adoption et à la mise en œuvre du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 34 | 41 | 7 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des changements transitoires dans la dotation en personnel visant à ajuster les fonctions et les responsabilités afin qu'elles tiennent compte des changements apportés aux programmes et à l'organisation.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les normes de prestation des services sont respectées. | % des demandes d'exemption inscrites à l'intérieur de la norme de service de 7 jours. | 100 par le 31 mars 2015 | 77 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En ce qui a trait aux demandes d'exemption remplies en vertu de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*, 77 % ont été inscrites à l'intérieur de la norme de service de sept jours au cours de l'année. Des changements aux processus organisationnels et opérationnels ont été mis en œuvre tout au long de l'exercice 2014-2015, entraînant quelques délais initiaux en raison des modifications qu'il fallait apporter. Toutefois, les améliorations au processus étaient évidentes au dernier trimestre, alors que 94 % des demandes ont été inscrites à l'intérieur de la norme de service de sept jours. Ces améliorations aux processus renforceront, à terme, la capacité de Santé Canada d'atteindre l'objectif de rendement de 100 % pour ce qui est de l'inscription des demandes d'exemption en vertu de la *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*.

Le 11 février 2015, le gouvernement du Canada a publié le *Règlement sur les produits dangereux* dans la Gazette du Canada, Partie II, qui, en plus des modifications apportées à la *Loi sur les produits dangereux*, modifiait le SIMDUT de 1988 afin de mettre en place le SGH pour les substances chimiques en milieu de travail (SIMDUT 2015). En mettant en œuvre le SGH, le Canada atteindra l'objectif du Plan d'action du CCR Canada-É.-U., qui vise à réduire les obstacles au commerce et à offrir des avantages à tous les intervenants en diminuant les coûts des fournisseurs et en s'assurant que les employeurs et les travailleurs ont accès à des renseignements fiables et cohérents au sujet des dangers. Le Canada et les É.-U. continueront d'harmoniser et de synchroniser la mise en œuvre du SGH.

## Programme 2.5 : *Consommation et abus de substances*

**Description**

En vertu de plusieurs lois, le programme sur la consommation et l'abus de substances réglemente les produits du tabac et les substances désignées.

Conformément à la *Loi sur le tabac* et à la réglementation connexe, le programme réglemente la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac. Il dirige également la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, dont l'objectif consiste à réduire la prévalence du tabagisme par des activités de réglementation, de programmation, d'éducation et d'application de la loi.

En vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et de la réglementation connexe, le programme réglemente l'accès aux substances désignées et aux précurseurs chimiques afin d'appuyer leur utilisation légitime et de diminuer le risque de détournement à des fins illicites. À titre de ministère partenaire dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue (SNA), le programme appuie la prévention, la promotion de la santé et les initiatives de traitement, de même que les mesures d'application qui visent à réduire la consommation et l'abus de substances.

De plus, le programme fournit en temps utile des renseignements fondés sur des données probantes à d'importants intervenants, comme les organismes d'application de la loi, les professionnels de la santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les Canadiens.

L'objectif du programme est de gérer les risques pour la santé des Canadiens découlant de la consommation de produits du tabac, et de l'usage illicite des substances désignées et des précurseurs chimiques.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 82 748 939 | 82 748 939 | 74 492 758 | 69 339 368 | -13 409 571 |

Remarque : L'écart de 13,4 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux changements apportés aux calendriers de mise en œuvre des mesures de contribution.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 368 | 409 | 41 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels découle principalement d'une augmentation des ressources affectées à la prévention de l'abus de médicaments sur ordonnance, aux substances réglementées et au [Règlement sur la marihuana à des fins médicales](#).

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Diminution dans la prévalence du tabagisme. | % de la baisse du nombre de fumeurs canadiens actuels (15 ans et +). | <17 par le 31 mars 2015 | 15 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Diminution dans la consommation de drogues illicites. | % de la baisse du nombre de Canadiens qui consomment des psychotropes de façon abusive (15 ans et +). | <10 par le 31 mars 2015 | 17 |
| | % de la baisse du nombre de jeunes (15-24 ans) qui consomment des psychotropes de façon abusive. Note : Le % de Canadiens qui consomment des psychotropes de façon abusive se définit comme suit : personnes ayant consommé au moins une des substances suivantes au moins une fois dans les 12 derniers mois pour se droguer : cannabis, cocaïne/crack, méthamphétamine/méth en cristaux, ecstasy, hallucinogènes, salvia, inhalants, héroïne et analgésiques, stimulants ou sédatifs. | <23 par le 31 mars 2015 | 25 |

*Analyse du rendement et leçons retenues*

Santé Canada a continué de faire progresser les priorités associées à la lutte contre le tabagisme, à la consommation de substances et à la toxicomanie.

La première Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013, qui sera menée sur une base bisannuelle, a été publiée en février 2015. L'Enquête, réalisée par Statistique Canada pour le compte de Santé Canada, porte sur le tabagisme, la consommation d'alcool, la consommation de drogues illicites et l'abus de médicaments d'ordonnance chez les Canadiens de 15 ans et plus.

Peu de pays ont connu autant de succès que le Canada au chapitre de la réduction des taux de tabagisme et de la modification des attitudes du public à l'égard du tabagisme. Le taux de prévalence du tabagisme est à l'heure actuelle le plus bas jamais atteint. Les résultats de l'Enquête 2013 ont révélé que 15 % des Canadiens étaient fumeurs de cigarettes, en baisse par rapport à 22 % en 2001. C'était aussi le taux national de tabagisme le plus faible jamais observé. De plus, le taux de prévalence du tabagisme chez les adolescents de 15 à 17 ans est à son plus bas, soit 6 %.

## Sous-programme 2.5.1 : *Produits du tabac*

**Description**

**L'objectif du programme est de réduire la consommation de tabac ainsi que les décès et les maladies possiblement liés au tabac au Canada.**

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 26 779 195 | 19 710 266 | -7 068 929 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à des besoins en financement provincial et territorial moindres que prévu pour soutenir la ligne téléphonique pancanadienne d'aide au renoncement et à une réaffectation du financement au programme Consommation et abus de substances.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 121 | 110 | -11 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique en grande partie par l'attrition et les départs volontaires.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie respecte la *Loi sur le tabac* et son Règlement afférent. | % des produits considérés comme étant non conformes à la *Loi sur le tabac* et à son Règlement afférent lié à la fabrication et à l'importation. | <5 par le 31 mars 2015 | 4 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Les taux nationaux de tabagisme continuent d'être aux niveaux les plus bas jamais observés. En 2014-2015, Santé Canada a accordé une aide financière aux provinces et aux territoires pour soutenir le numéro sans frais de la ligne téléphonique pancanadienne de renoncement au tabagisme et son portail en plus de continuer de travailler avec les collectivités des Premières Nations et des partenaires des secteurs public et privé à des projets visant à promouvoir l'adoption de modes de vie sains et la prévention des maladies chroniques causées par le tabagisme.

Santé Canada, en collaboration avec la Société canadienne du cancer, a également lancé la campagne « Break it Off », à Vancouver, en janvier 2014, à l'occasion de la Semaine nationale sans fumée (SNSF). La campagne « Break it Off », initiative de marketing qui encourage les

jeunes adultes à cesser de fumer et les sensibilise aux effets du tabagisme, se poursuivra jusqu'en 2017.

Santé Canada a également mené des activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi, conformément à la *Loi sur le tabac*. Des inspections ont révélé que 4 % des produits du tabac réglementés qui ont été examinés étaient non conformes à la *Loi sur le tabac* et aux règlements afférents.

Santé Canada a distribué plus de 80 699 publications sur le tabac et répondu à plus de 500 demandes de renseignements du public sur des enjeux liés au tabagisme en 2014-2015. De plus, Santé Canada a contribué, en tant qu'intervenant clé, au rapport du groupe de travail sur l'application des articles 9 et 10 du règlement sur les produits du tabac et à la divulgation de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Enfin, le Décret visant à modifier l'annexe de la *Loi sur le tabac* qui était proposé et le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation connexe ont été publiés préalablement dans le numéro du 7 mars 2015 de la *Gazette du Canada, Partie I*. La proposition traite de la protection des jeunes contre les incitations à utiliser des produits du tabac en restreignant davantage la disponibilité des produits de type cigares aromatisés qui attirent les jeunes.

## Sous-programme 2.5.2 : *Substances contrôlées*

**Description**

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et la réglementation connexe confèrent au programme le pouvoir d'autoriser la possession, la production, la vente et l'élimination des substances désignées et des précurseurs chimiques.

Les principales activités comprennent le maintien et la mise à jour des listes des substances désignées et des précurseurs chimiques; la gestion des règlements concernant l'octroi de licences et les activités de surveillance de la conformité; l'analyse des produits saisis; la fourniture d'une formation et d'aide quant aux enquêtes sur les laboratoires clandestins et à leur démantèlement (services d'analyse de drogues); la surveillance de la consommation de drogues au moyen de sondages et de la collaboration avec des partenaires nationaux et internationaux afin de concevoir de solides recommandations fondées sur des données scientifiques concernant l'analyse des drogues illicites auxquelles ont accès les laboratoires d'analyse des drogues partout dans le monde.

À titre de partenaire de la SNA, Santé Canada soutient des initiatives liées aux drogues illicites, notamment en ce qui a trait à l'éducation, à la prévention, à la promotion de la santé et aux traitements pour les Canadiens, ainsi que des initiatives de conformité et d'application de la loi.

L'objectif du programme est d'autoriser les activités légitimes impliquant des substances désignées et des précurseurs chimiques tout en atténuant les risques de détournement et d'abus ainsi que les préjudices connexes.

Ce programme utilise des fonds provenant des paiements de transfert suivants: Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue, Programme de financement du traitement de la toxicomanie et subvention accordée au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 55 969 744 | 49 629 102 | -6 340 642 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues résulte en grande partie de la révision du calendrier des accords de contribution.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 247 | 299 | 52 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique en grande partie par une augmentation des ressources affectées à la prévention de l'abus de médicaments sur ordonnance, aux substances réglementées et à la mise en œuvre du *Règlement sur la marihuana à des fins médicales*.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les titulaires de licences, d'autorisations et de permis pour des substances désignées est et des précurseurs chimiques respectent la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et la réglementation connexe. | % des parties réglementées réputées conformes à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et à la réglementation connexe. | 95 par le 31 mars 2015 | 99 |
| Les bénéficiaires d'un financement fédéral sont autorisés à mettre en œuvre des programmes de prévention et de traitement en matière de drogue. | # de projets financés offrant des programmes de prévention et de traitement en matière de drogue. | 55 par le 31 mars 2015 | 56 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Dans le cadre de son rôle d'organe chargé de la réglementation en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Santé Canada a poursuivi ses activités annuelles de surveillance de la conformité et d'application de la loi pour ce qui est des substances contrôlées et produits chimiques précurseurs. Moins de 1 % des parties inspectées se sont révélées non conformes à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et aux règlements afférents.

En 2014-2015, 46 projets ont reçu du soutien du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue (FICSA), dont 6 projets visant la prévention de l'abus de médicaments d'ordonnance. Les projets ont indiqué avoir joint plus de 89 400 jeunes, parents, enseignants et autres organismes communautaires et citoyens. Une *Évaluation du FICSA de 2014-2015*[lii] a conclu que ce fonds avait réussi à renforcer les capacités des populations ciblées; à réduire les comportements à risque associés à la consommation de substances; à favoriser l'utilisation des connaissances et des ressources en promotion de la santé et en prévention; à accroître la mobilisation de la communauté. Le programme a commencé à mettre en place des mesures pour tous les secteurs indiqués dans la réponse et plan d'action de la direction.

En 2014-2015, on disposait de peu de données sur le rendement pour étayer la production de rapports sur les résultats du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) puisque la majorité des 13 accords de contribution ont été signés tard au cours de l'exercice. Toutefois, certains projets ont fait part d'une collaboration accrue et d'une amélioration de l'échange de connaissances et de l'accès à de l'information basée sur des données probantes. Les projets ont également signalé avoir consulté plus de 1 700 individus qui ont joint plus de 40 000 personnes.

Vers la fin de l'exercice 2014-2015, le FICSA et le PSFTT ont été fusionnés en un même programme : Initiatives de la Stratégie antidrogue (ISAD).

Santé Canada a entrepris des consultations concernant la réglementation des dispositifs inviolables pour les médicaments d'ordonnance présentant un risque élevé d'abus ainsi que la réglementation des produits chimiques précurseurs et des drogues synthétiques qui sont dangereux.

Santé Canada a également poursuivi la mise en œuvre du nouveau *Règlement sur la marihuana à des fins médicales* (publié dans la *Gazette du Canada, Partie II* en juin 2013). Dans le cadre du processus continu de mise en œuvre, le Programme a mené à bien d'importantes activités de conformité et d'application de la loi, notamment la tenue d'inspections non annoncées sur une base régulière. Au cours de l'exercice 2014-2015, 246 inspections ont été menées. De plus, il y a eu cinq rappels de marijuana séchée; 22 lettres d'avertissement ont été envoyées concernant des activités de publicité non conformes.

Santé Canada a donné son appui au processus parlementaire rattaché au Projet de loi C-2, qui a modifié la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour énoncer des critères précis que les demandeurs doivent respecter avant de demander une exemption à Santé Canada

pour établir un site de consommation supervisé. Santé Canada a aussi lancé une nouvelle campagne de sensibilisation du public mettant l'accent sur les enjeux liés à l'abus de drogues.

## Programme 2.6 : *Radioprotection*

**Description**

La *Loi sur le ministère de la Santé*, la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* et la *Loi de mise en œuvre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires*[liii] autorisent le programme de radioprotection à surveiller et à réglementer l'exposition aux radiations de source naturelle ou artificielle, ainsi qu'à donner des conseils et à faire des comptes rendus à ce sujet. De plus, le programme est autorisé en vertu de la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires*[liv] à gérer le Service national de dosimétrie, qui assure la surveillance de l'exposition professionnelle aux rayonnements.

Les principaux éléments du programme sont la surveillance environnementale, le soutien technique en cas d'urgence radiologique/nucléaire nécessitant une intervention fédérale coordonnée, la sécurité professionnelle, et la réglementation des dispositifs émettant des radiations.

L'objectif du programme consiste à informer et à conseiller les autres ministères, les partenaires internationaux et les Canadiens sur les risques pour la santé associés aux radiations, et à les informer des stratégies visant à gérer ces risques.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 20 522 668 | 20 522 668 | 21 345 176 | 20 709 033 | 186 365 |

Remarque : L'écart de 0,2 million de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à un transfert de fonds au ministère de la Défense nationale pour financer le Programme canadien de sûreté et de sécurité.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 209 | 195 | -14 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens, les établissements et les partenaires du gouvernement obtiennent les directives dont ils ont besoin pour réagir à un risque radiologique possible ou réel. | % de documents d'orientation élaborés<br><br>Nota : Par document d'orientation, on entend les plans d'urgence, les codes de sécurité, les règlements et les protocoles d'entente. | 80 par le 31 mars 2015 | 80 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Santé Canada a atteint le nombre visé de documents d'orientation; ces documents ont été utilisés pour soutenir les activités d'approche du Programme national sur le radon et pour sensibiliser et informer davantage la population canadienne à propos des risques liés aux dispositifs émettant des radiations.

Le Ministère poursuit ses efforts de sensibilisation aux risques, aux répercussions pour la santé et aux stratégies d'atténuation concernant l'exposition à des contaminants dans l'air intérieur. Santé Canada a donné son appui à l'initiative annuelle « 2e mois national de lutte contre le radon » en novembre 2014 et a participé à cette même initiative, qui était sous la direction de l'Association pulmonaire du Nouveau-Brunswick. Le but de cette initiative est d'encourager tous les Canadiens à tester les niveaux de radon dans leur maison et à réduire ces mêmes niveaux au besoin.

Afin d'aider les Canadiens à connaître et à comprendre les risques rattachés aux dispositifs émettant des radiations, Santé Canada a formulé et publié des conclusions préliminaires à partir de l'*Étude sur le bruit des éoliennes et la santé*. Le document intitulé *Limites d'exposition humaine aux champs de radiofréquences électromagnétiques dans la gamme de fréquences de 3 kHz à 300 GHz - Code de sécurité 6* (2015) constitue la version la plus récente de ces lignes directrices. Le Code s'accompagne du Guide technique pour l'interprétation et l'évaluation de la conformité aux lignes directrices de Santé Canada sur l'exposition aux radiofréquences, qui aide les utilisateurs à comprendre et à évaluer si les champs électromagnétiques auxquels ils sont exposés au travail et à domicile présentent un danger.

Conformément au Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN), Santé Canada est aussi le ministère fédéral responsable de coordonner les interventions lorsque survient un incident nucléaire. Un exercice national de planification d'urgence (Exercice d'intervention unifiée) a été effectué en mai 2014 dans le cadre d'une série d'exercices afin de valider la 5e édition révisée du Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire (PFUN). L'Exercice d'intervention unifiée a validé avec succès le PFUN et les résultats de cet exercice seront utilisés pour déterminer les aspects à améliorer, mettre en œuvre les mesures correctives qui s'imposent et appuyer le maintien de l'état de préparation en cas d'urgence nucléaire.

## Sous-programme 2.6.1 : *Radioprotection environnementale et surveillance*

**Description**

Le programme sur la protection et la détection des radiations environnementales mène des activités de recherche et de surveillance qui relèvent de la *Loi sur le ministère de la Santé* et la *Loi de mise en œuvre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires*. Le programme couvre autant les formes de radioactivités et de rayonnement naturelles, comme le radon, que les sources de rayonnement artificielles, comme l'énergie nucléaire.

Les principales activités découlant de la prestation de ce programme sont la mise en œuvre d'un programme d'éducation et de sensibilisation sur les risques pour la santé que pose le radon dans l'air ambiant et la façon de réduire ces risques; la réalisation de travaux de recherche et d'évaluation des risques pour la santé des radiations; l'installation et l'exploitation de postes de surveillance afin de détecter les signes de toute explosion nucléaire et la production de rapports pour l'Organisation du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires et l'Agence internationale de l'énergie atomique.

Ce programme est aussi chargé de coordonner le Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire. En cas d'urgence radionucléaire nécessitant une intervention coordonnée du gouvernement fédéral, Santé Canada coordonne le soutien technique et scientifique fédéral offert aux provinces et aux territoires.

Les objectifs du programme sont de surveiller et d'informer les Canadiens des dangers possibles pour leur santé et leur sécurité associés aux radiations environnementales.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 14 414 866 | 13 698 164 | -716 702 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable au fait qu'une partie des dépenses prévues de ce programme auraient dû être allouées aux Services de dosimétrie.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 100 | 98 | -2 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Santé Canada est prêt à faire face à une urgence nucléaire ou radiologique. | # d'exercices d'intervention d'urgence effectués (selon les attentes des partenaires internes et externes). | 2 par le 31 mars 2015 | 6 |
| Les rayonnements du milieu font l'objet d'une surveillance. | % de stations de contrôle et de laboratoires radionucléaires nationaux ou visés par le *Traité d'interdiction complète des essais nucléaires* qui sont fonctionnels. | 90 par le 31 mars 2015 | 98 |
| Des partenaires ciblés collaborent pour réduire les risques pour la santé liés aux rayonnements et au radon. | % de partenaires ciblés participant à des activités de formation, de sensibilisation et de communication. | 80 par le 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

En tant que ministère responsable de la coordination de l'intervention fédérale en cas d'urgence nucléaire, Santé Canada a dirigé un certain nombre d'exercices et de manœuvres, notamment un exercice national (Exercice d'intervention unifiée), afin de cerner tout problème et élément inadéquat et toute faille dans les plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence de façon à y remédier avant qu'une véritable urgence ne survienne. En prévision des Jeux panaméricains et des Jeux para-panaméricains qui se dérouleront en juillet et en août 2015, un certain nombre de réunions, d'exercices et de manœuvres pour tester les aménagements et confirmer les rôles et responsabilités ont eu lieu, de même que des activités de formation sur des applications de gestion des urgences.

Santé Canada continue de s'acquitter de ses obligations nationales et internationales à l'égard du contrôle de la radioactivité dans l'environnement. Les activités de contrôle de la radioactivité dans l'environnement permettent au Canada de s'acquitter de ses obligations dans le cadre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires. Une proportion de 98 % des stations et des

laboratoires de surveillance nationale des radionucléides ou visés par le Traité d'interdiction complète des essais nucléaires étaient opérationnelles tout au long de l'année.

Le Ministère, en collaboration avec des intervenants de premier plan, poursuit ses activités visant à accroître la sensibilisation à l'égard des effets sur la santé associés à l'exposition résidentielle au radon et des mesures que peuvent prendre les Canadiens pour réduire les risques d'exposition. En novembre 2014, Santé Canada a participé à la deuxième édition du Mois de la sensibilisation au radon afin d'inciter les Canadiens à effectuer un test de détection du radon dans leur maison et d'en réduire les concentrations le cas échéant. Dans le cadre de cette initiative, 100 % des partenaires ciblés ont participé aux activités d'éducation et de sensibilisation, notamment à des présentations publiques et à la distribution de documents de sensibilisation sur le radon à l'occasion de salons de l'habitation et de conférences de même que dans des centres de santé communautaires.

En 2014-2015, 2 500 immeubles fédéraux ont fait l'objet de tests de détection du radon dans le cadre du programme fédéral de détection dans les immeubles fédéraux. Depuis l'inauguration du programme en 2007, près de 17 500 immeubles fédéraux ont fait l'objet de tests de détection du radon. De plus, la base de données sur les concentrations intérieures de radon a été alimentée et mise à jour au fil des enquêtes sur le radon et des renseignements communiqués par des fournisseurs de services de mesure du radon ou par des citoyens.

## Sous-programme 2.6.2 : *Dispositifs émettant des radiations*

**Description**

En vertu de la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*, ce programme réglemente les dispositifs émettant des radiations, comme l'équipement utilisé à des fins cliniques ou analytiques (rayons X, mammographie, ultrasons), les micro-ondes, les lasers et les appareils de bronzage.

Les principales activités découlant de la prestation de ce programme sont l'évaluation de la conformité des dispositifs émettant des radiations dans les établissements réglementés à l'échelle fédérale, la recherche concernant les effets des radiations sur la santé (y compris le bruit, les rayons ultraviolets et le rayonnement non ionisant associé aux appareils sans fil comme les téléphones cellulaires et le matériel wifi) ainsi que l'élaboration de normes et de lignes directrices quant à l'utilisation sécuritaire des dispositifs émettant des radiations.

Le programme fournit des conseils d'experts et des renseignements aux Canadiens ainsi qu'aux autres programmes de Santé Canada, aux ministères fédéraux et aux autorités provinciales pour qu'ils puissent s'acquitter de leur mandat législatif.

L'objectif du programme est de gérer les risques pour la santé des Canadiens associés aux dispositifs émettant des radiations.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 5 413 387 | 4 658 791 | -754 596 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à la réaffectation des fonds au sous-programme Incidence des produits chimiques sur la santé et à la déclaration des dépenses du Plan d'action Par-delà la frontière sous un autre programme de l'Architecture d'alignement des programmes de Santé Canada.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 38 | 37 | -1 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique en grande partie par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Canadiens ont accès en temps opportun à de l'information sur les risques pour la santé liés aux dispositifs émettant des radiations (produits de consommation et produits d'usage clinique). | % de demandes de renseignements du public pour lesquelles une réponse a été donnée à l'intérieur de 5 jours ouvrables. | 90 par le 31 mars 2015 | 76 |
| Les établissements sont autorisés à prendre les mesures nécessaires contre les dispositifs émettant des radiations qui sont non conformes. | % de rapports d'évaluation et/ou d'inspection terminés à la demande d'établissements. | 90 par le 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a répondu à 654 demandes de renseignements de la part du public concernant des dispositifs émettant des radiations (par l'entremise de la ligne 1-800 O-Canada, par courriel, etc.). Bon nombre des demandes avaient trait aux effets potentiels sur la santé des champs électriques et magnétiques, des rayonnements ultraviolets, infrarouges et de la lumière visible, ainsi que du bruit émis par des appareils grand public et des sources environnementales d'origine

humaine. Afin de respecter autant que possible la norme de service de cinq jours, une foire aux questions a été préparée par les responsables du programme qui répond à des questions récurrentes de nature générale. La complexité de nombreuses demandes a malgré tout entraîné un dépassement de la cible de cinq jours ouvrables établie pour 2014-2015 (76 % des demandes de renseignements du public ont reçu une réponse dans un délai de cinq jours ouvrables). Santé Canada a par conséquent revu à la hausse la cible pour 2015-2016, laquelle est passée de cinq à dix jours afin d'allouer un délai de réponse adéquat. Le Ministère a également mené à bien l'ensemble des évaluations et rapports d'inspection demandés par les institutions et répondu à 230 demandes de la part d'intervenants. La plupart des demandes provenant des intervenants étaient liées au besoin d'obtenir des explications concernant les exigences réglementaires prévues par la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* ou à l'interprétation de la *Loi*. Outre ces activités, un plan de renforcement cyclique pour les dispositifs émettant des radiations régis par la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* a été élaboré et mis en œuvre en se fondant sur une évaluation des risques associés à ces produits.

Santé Canada a aussi publié ses conclusions préliminaires des résultats de l'Étude sur le bruit des écoliennes et la santé. En partenariat avec Statistique Canada, le Ministère a mené une étude sur deux ans dans le but de mieux comprendre l'incidence du bruit des écoliennes sur la santé.

## Sous-programme 2.6.3 : *Services de dosimétrie*

**Description**

Le programme des services de dosimétrie surveille, collecte de l'information et produit des rapports au sujet de l'exposition aux radiations de ses clients, des travailleurs exposés à des radiations professionnelles régis par la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires* de la Commission canadienne de sûreté nucléaire ou des règlements provinciaux et territoriaux.

La dosimétrie consiste à mesurer ou à estimer des doses de rayonnement et à attribuer ces doses à des personnes.

Les Services nationaux de dosimétrie offrent des services de surveillance des radiations, selon la formule de recouvrement des coûts, aux Canadiens exposés à un rayonnement ionisant en milieu de travail et le Fichier dosimétrique national du Canada fournit un système centralisé d'enregistrement des doses de rayonnement.

L'objectif du programme est de s'assurer que les Canadiens exposés à des radiations en milieu de travail qui participent au programme des Services nationaux de dosimétrie sont informés de leur niveau d'exposition au rayonnement.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 934 415 | 2 352 078 | 1 417 663 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par la réaffectation de financement pour achats des articles requis pour la prestation des services de ce programme et par la déclaration des coûts réels prévus antérieurement sous les de nos programmes Radioprotection environnementale et surveillance.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 72 | 60 | -12 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par des retards dans la dotation en personnel et le départ d'employés qui n'ont pas été remplacés.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les travailleurs et leurs employeurs sont au courant de leur niveau d'exposition professionnelle. | % de dosimètres faisant l'objet d'un rapport dans les 10 jours suivant la réception des dosimètres par le client. | 90 par to 31 mars 2015 | 91 |
| | % de rapports d'historique de dose envoyés aux clients dans les 10 jours suivant la réception de la demande. | 100 par to 31 mars 2015 | 100 |
| | % de relevés de surexposition déclarés aux autorités de réglementation dans les 24 heures suivant la réception de l'information dans le Fichier dosimétrique national. | 100 par to 31 mars 2015 | 100 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Santé Canada a fourni en temps voulu des services fiables de dosimétrie à 12 500 groupes de clients. Le Ministère a traité 91 % des lectures de dosimètres et communiqué les résultats à des groupes de clients et aux responsables du Fichier dosimétrique national dans les 10 jours suivant la réception des dosimètres, et 100 % des rapports d'historiques de doses ont été envoyés aux

chiens dans les 10 jours suivant la réception de la demande. C'est pour cent dix cas de superposition à des concentrations excessives ont été déclarées aux autorités de réglementation dans les 24 heures suivant la saisie de l'information dans le Fichier dosimétrique national.

## *Programme 2.7 : Pesticides*

**Description**

La *Loi sur les produits antiparasitaires* confère à Santé Canada le pouvoir de réglementer et d'enregistrer les pesticides dans le cadre du programme sur les pesticides.

Dans le cadre de ce programme, Santé Canada mène des activités qui couvrent tout le cycle de vie des pesticides, notamment l'évaluation de la valeur du produit et des risques qu'il présente pour la santé et l'environnement, la gestion du risque, la surveillance, la vérification de la conformité et l'application des règlements à la suite de la commercialisation, la réévaluation de l'utilisation, l'annulation ou le retrait progressif des produits qui ne respectent pas les normes scientifiques en vigueur, la tenue de consultations et la sensibilisation du public.

Santé Canada est également un acteur important dans les efforts internationaux (p. ex. Accord de libre-échange nord-américain, l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] et le CCR) visant à harmoniser les approches réglementaires. Cette participation nous permet d'avoir accès à une science de pointe qui appuie les décisions réglementaires et assure la cohérence de l'évaluation des pesticides.

L'objectif du programme est de protéger la santé et la sécurité des Canadiens en lien avec l'utilisation des pesticides.

Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 40 651 125 | 40 651 125 | 45 428 912 | 44 319 169 | 3 668 044 |

Remarque : L'écart de 3,7 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable aux exigences en matière de remboursement (consulter la note de bas de page 1 et la page 19 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de remboursement) et de recettes excédentaires par rapport aux estimations.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |

[illegible]

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| L'industrie satisfait aux exigences réglementaires canadiennes s'appliquant aux nouveaux pesticides. | % de présentations qui satisfont aux exigences réglementaires. | 90 par le 31 mars 2015 | [illegible] |
| Les pesticides se trouvant sur le marché sont toujours conformes aux normes scientifiques modernes. | % de pesticides homologués qui sont réévalués conformément au plan de travail de réévaluation. | 90 par le 31 mars 2015 | [illegible] |
| La collaboration internationale est renforcée afin d'optimiser l'accès aux données scientifiques mondiales pour l'évaluation des risques des pesticides. | % de nouveaux pesticides examinés en collaboration avec des partenaires internationaux. | 90 par le 31 mars 2015 | [illegible] |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Santé Canada a continué d'assumer les responsabilités que lui confère la Loi sur les produits antiparasitaires par l'intermédiaire d'évaluations et de réévaluations de produits antiparasitaires (et ce, tout en traitant un nombre important de demandes pour des examens spéciaux), d'activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi et de stratégies de sensibilisation et de réduction des risques. Santé Canada a maintenu la qualité et dépassé les objectifs pour toutes les activités réglementaires essentielles grâce à la gestion prudente de son programme des pesticides.

Il a poursuivi sa collaboration internationale avec ses partenaires dans le cadre des approches internationales de normalisation et d'harmonisation aux sciences modernes. L'Agence de réglementation de la lutte antiparasitaire (ARLA), tant par l'entremise du Plan d'action Canada-É.-U. du CCR que de l'OCDE, a élargi l'utilisation des examens conjoints et ainsi facilité l'accès simultané des producteurs canadiens aux nouvelles technologies antiparasitaires des compétiteurs. Qui plus est, Santé Canada travaille en étroite collaboration avec l'United States

Environmental Protection Agency (USEPA) et collabore avec elle dans tous les dossiers portant sur de nouvelles matières actives. Les partenariats avec d'autres organismes de réglementation nord-américains et internationaux et avec des partenaires de l'industrie ont donné lieu à l'élaboration d'un cadre d'évaluation des risques pour les insectes pollinisateurs et à des mesures subséquentes pour protéger ces insectes. Le Ministère a aussi achevé et mis à jour la base de données sur les limites maximales de résidus de différents groupes de cultures, qui sera publiée prochainement par Services partagés Canada. Quatre nouvelles matières actives et leurs préparations commerciales ont été examinées dans le cadre du projet mondial d'examens internationaux de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA).

Santé Canada a mené à bien 100 % des activités prévues dans le cadre des programmes Prévention active et Surveillance ciblée, en plus de poursuivre l'élaboration de politiques et de procédures de conformité et d'application de la loi afin d'appuyer les activités réglementaires essentielles. Un nouveau modèle logique associé aux activités de surveillance de la conformité et d'application de la loi et au cadre de mesure du rendement a été approuvé, et les sources de données pour les indicateurs ont été précisées. Des initiatives ont aussi été entreprises avec la USEPA et l'OCDE afin d'accélérer le processus d'échange de renseignements internationaux sur les risques associés au commerce illégal de pesticides.

Santé Canada s'est attelé à l'élaboration d'un cadre pour la gestion de l'information et des technologies de l'information (GI/TI), tout en faisant progresser certains projets liés au plan d'investissement afin d'appuyer le renouvellement des principaux systèmes administratifs électroniques qui permettront, à terme, d'améliorer le processus de rapport sur le cycle de vie complet des produits. La période de consultation publique concernant un nouveau régime de recouvrement des coûts est à présent terminé et un avis de proposition préliminaire a été publié en mars 2015 aux fins de consultation. La proposition officielle concernant le recouvrement des coûts liés aux pesticides a été déposée devant les deux Chambres du Parlement au début d'avril 2015.

# Résultats stratégique 3 : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé

## Programme 3.1: *Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits*

### Description

La *Loi sur le ministère de la Santé* (1996) et la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*[iv] accordent aux Premières Nations et aux Inuits du Canada le pouvoir d'offrir le programme de soins de santé primaires aux Premières Nations et aux Inuits du Canada. Les soins de santé primaires comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé publique (y compris la surveillance) et les soins primaires (lorsque les individus obtiennent des services de diagnostic, des soins curatifs, des services de réadaptation, des services de soutien, des services d'aiguillage, ainsi que des soins palliatifs et de fin de vie).

Le Ministère administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes liées au développement des enfants, au bien-être mental, aux modes de vie sains, au contrôle et à la prise en charge des maladies transmissibles, à l'hygiène du milieu, aux soins cliniques et aux clients, ainsi qu'aux soins à domicile et en milieu communautaire.

L'objectif du programme est d'améliorer la santé et la sécurité des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 853 702 552 | 853 702 552 | 884 879 027 | 870 774 016 | 17 071 464 |

Remarque : L'écart de 17,1 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable au montant net résultant :

- D'un écart de 31,1 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales, lequel est principalement attribuable au financement excédentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses afin d'appuyer la mise en œuvre du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières Nations, de même que les programmes sur l'abus de médicaments sur ordonnance.
- D'un écart de 14,1 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles, lequel est principalement attribuable au financement excédentaire du Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens, les besoins de ce programme étant par nature intimement liés à la demande, et à des rajustements au sein de ce résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 1 081 | 1 361 | 280 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme. Santé Canada a droit à une croissance annuelle de 3 % sur une partie des programmes de Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits. Ces fonds sont affectés au fonds de fonctionnement. Conformément aux autorisations de programme approuvées par le Conseil du Trésor, Santé Canada a réaffecté les ressources, en fonction des besoins des programmes, du budget de fonctionnement au budget salarial; par conséquent, l'utilisation réelle des ETP est plus élevée que prévu. Maintenant que les Rapports ministériels sur le rendement (RMR) sont établis au niveau des sous-sous programmes, le Ministère entend apporter des modifications au futur Budget principal des dépenses afin de tenir compte des exigences opérationnelles actuelles.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La santé et la sécurité des Premières Nations et des Inuits sont améliorées. | % de la population adulte des Premières Nations ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon ». | 45* par le 31 mars 2017 | 44 |
| | % de la population inuite ayant déclaré un état de santé « excellent » ou « très bon ». | 50,5** par le 31 mars 2017 | 42 |
| | % de programmes de soins de santé primaires offerts aux Premières Nations et aux Inuits qui incorporent des approches culturelles lors de l'élaboration des programmes. | 80 par le 31 mars 2017 | 100 |

* Le nombre de Premières Nations vivant dans les réserves déclarant avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé a augmenté de 10 % depuis 2002-2003. L'atteinte de cette cible représentera une augmentation additionnelle de 2 %. Le pourcentage de Canadiens déclarant avoir une « excellente » ou une « très bonne » santé est demeuré relativement stable pendant la même période, c'est-à-dire environ 57 %[4].

** Compte tenu des données de l'Enquête auprès des peuples autochtones, cette cible représente une augmentation de 20 % par rapport à 2012. La note complémentaire n°4 donne plus de détails sur les cibles de mesure du rendement.

[4] Santé Canada continue de collaborer avec ses partenaires afin de garantir le meilleur système de santé et les meilleurs résultats en matière de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Dans certains cas, les cibles annuelles ne correspondent pas au résultat final visé, mais plutôt à des cibles provisoires fondées sur les meilleures données probantes connues grâce auxquelles Santé Canada peut mesurer les progrès réalisés sur une base annuelle. Santé Canada continue d'assurer le suivi des tendances au fil du temps afin d'appuyer l'élaboration de ses cibles et l'amélioration de la mesure du rendement.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Les cibles de rendement pour les adultes inuits et des Premières Nations qui se disent en excellente ou en très bonne santé sont en voie d'être respectées le 31 mars 2017, puisque les données actuelles indiquent que c'est le cas pour 44 % des Premières Nations et 42 % des adultes inuits. La totalité des programmes (100 %) de soins de santé primaires offerts aux Premières Nations et aux Inuits comprenait des aspects culturels, dépassant ainsi la cible de 80 %.

En 2014-2015, Santé Canada a continué à améliorer l'accès aux services dans le but d'aider à renforcer les soins primaires pour les collectivités inuites et des Premières Nations. Par exemple, une ébauche d'un ensemble des normes fondamentales a été rédigée et la mobilisation des intervenants inuits et des Premières Nations a été entreprise pour assurer une vision et un engagement communs pour la mise en œuvre de ces normes.

Santé Canada a amélioré de nouveaux modèles de soins faisant appel à un ensemble exhaustif de réformes interreliées visant à renforcer la prestation des services, à répondre aux besoins en matière de services de santé, à faire en sorte qu'il soit possible de continuer d'assumer les coûts, à favoriser un bon état de santé des personnes, des familles et des collectivités et, au bout du compte, à permettre la prestation de services de santé de grande qualité, modernes et viables dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

Ces réformes ont porté sur la réorientation des modèles de prestation de services vers des équipes interdisciplinaires, la résolution de problèmes d'accessibilité des services, l'optimisation des technologies, la gestion de l'information et de son infrastructure, le renforcement de la représentativité communautaire et l'importance accrue accordée à la santé de la population.

## Sous-programme 3.1.1 : *Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits*

**Description**

Le programme Promotion de la santé et prévention des maladies auprès des membres des Premières Nations et des Inuits offre des services de promotion de la santé et de prévention des maladies aux Premières Nations et aux Inuits du Canada.

Ce programme administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes liées aux programmes, aux stratégies, aux initiatives et aux services communautaires adaptés à la culture. La mise en œuvre de ce programme est axée sur les trois domaines suivants : le développement sain des enfants en santé, le bien-être mental et les modes de vie sains.

L'objectif du programme est de s'occuper du développement sain des enfants et des familles en santé, d'améliorer le bien-être mental et de réduire les conséquences des maladies chroniques sur les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 465 019 189 | 476 741 545 | 11 722 356 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par la réaffectation du financement en provenance d'autres programmes appuyant le même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme; cet écart est compensé par un excédent dans le budget du Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens, les besoins de ce programme étant par nature intimement liés à la demande.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 257 | 370 | 113 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant de plans afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| La capacité des collectivités inuites et des Premières Nations est maintenue relativement à la prestation de services et à l'exécution de programmes communautaires liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. | # de travailleurs ayant achevé une formation sur les programmes de développement sain des enfants pendant la période visée par le rapport (plus particulièrement le Programme de soins de santé maternelle et infantile).<br><br>(mesure de référence : 423) | 423* par le 31 mars 2015<br><br>(373 sans l'ASPN de la C.-B.) | 384<br>(sans l'ASPN de la C.-B.) |
| | # de travailleurs ayant achevé une formation sur les programmes Vie saine (plus particulièrement Initiative sur le diabète chez les Autochtones – travailleurs communautaires (spécialisés dans la prévention du diabète). | 455 par le 31 mars 2015 | 494 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | (mesure de référence : 455) | | |
| | % de conseillers en toxicomanie dans les centres de traitement qui sont des travailleurs accrédités. | 77** par le 31 mars 2015 | 77 |

* La valeur de référence a été établie en utilisant les données de la région de la C.-B. Maintenant que l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) est responsable des programmes offerts en C.-B., y compris de la formation de ses travailleurs, la valeur de référence revue est de 373.

** La cible est fondée sur les taux historiques d'accréditation des travailleurs et tient compte du maintien en poste et de l'attrition. En 2013-2014, 77 % des intervenants en toxicomanie dans les centres de traitement étaient agréés, une hausse par rapport au taux de 68 % en 2010-2011 (une augmentation de 9 % sur trois ans). Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En ce qui a trait à la formation, les objectifs de rendement pour ce résultat attendu ont été dépassés, alors que des activités de formation ont été menées à bien par 384 travailleurs dans le cadre de programmes de développement sain de l'enfant et par 494 travailleurs dans le cadre de programmes sur un mode de vie sain. Pour l'agrément, l'objectif a été atteint, alors que 77 % des conseillers en toxicomanie dans les centres de traitement étaient agréés.

En 2014-2015, le Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été finalisé et publié. Le Cadre fournira des conseils à tous les niveaux par rapport au bien-être mental des Premières Nations dans le but de renforcer la programmation et soutenir l'intégration de même que l'harmonisation des priorités des collectivités tout au long du continuum de soins.

La mise en œuvre du cadre *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada* s'est poursuivie tout au long du continuum de soins afin de soutenir les interventions communautaires, régionales et nationales visant à résoudre les questions liées à la consommation de substances. De plus, un plan quinquennal sur la surconsommation de médicaments d'ordonnance a été élaboré afin de veiller à ce que le remboursement des médicaments faisant l'objet d'une surconsommation tienne compte du rôle thérapeutique légitime de ces médicaments et de l'usage prescrit dans les guides de pratique clinique et les monographies.

La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones a appuyé 138 projets axés sur la prévention du suicide chez les jeunes. Ces projets diversifiés, fermement enracinés dans la culture et fondés sur des priorités communautaires, étaient centrés sur la réduction des facteurs de risque chez les jeunes des collectivités inuites et des Premières Nations. Le financement de dix équipes de bien-être mental se poursuit. Une rencontre de type « communauté de pratique » a été organisée pour ces équipes afin d'appuyer la diffusion des connaissances et des échanges sur les pratiques les plus prometteuses.

La composante Premières Nations et Inuits de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) renouvelée (2012-2017) aide les collectivités inuites et des Premières Nations à mettre

en œuvre des stratégies de lutte antitabac fondées sur des données probantes. En 2014-2015, des ressources ont été transférées à l'ASPN de la Colombie-Britannique (C.-B.) et aux gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest afin qu'ils puissent améliorer, au sein de ces administrations, les stratégies de lutte contre le tabagisme élaborées à l'intention des Inuits et des Premières Nations. Un appel de propositions a aussi été lancé. Il a donné lieu à 16 projets détaillés proposés par les Premières Nations et les Inuits afin de réduire les taux de tabagisme dans leurs collectivités des régions de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de l'Atlantique. Une « communauté de pratique » a été établie afin de soutenir les projets de lutte antitabac, d'établir des indicateurs de rendement communs et de partager les pratiques et les outils ou services les plus prometteurs.

Santé Canada met la dernière main à la conception d'un cadre visant à appuyer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans les collectivités des Premières Nations.

## Sous-sous programme 3.1.1.1 : *Développement des enfants en santé*

**Description**

Le programme Développement sain des enfants administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne la santé maternelle et infantile ainsi que la santé de l'enfant et de la famille. La prévention, la promotion de la santé, les services d'approche et les visites à domicile et les programmes axés sur le développement des jeunes enfants font partie des différents services offerts.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les domaines suivant : la santé prénatale, la nutrition, l'alphabétisation et l'apprentissage précoces, la santé physique et buccodentaire des enfants.

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés aux bébés, aux enfants et aux familles inuits et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 106 127 822 | 105 100 284 | -1 027 538 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par une réaffectation des fonds à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 70 | 112 | 42 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès aux programmes et aux services de développement sain des enfants. | # de femmes ayant accès aux services de santé prénatale et postnatale, y compris la nutrition (plus particulièrement Programme canadien de nutrition prénatale).<br><br>(mesure de référence : 7 982) | 7 982 par le 31 mars 2015 | 9 971 |
| | # d'enfants ayant accès aux services d'alphabétisation et d'apprentissage précoces (plus particulièrement au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves).<br><br>(mesure de référence : 5 817) | 5 817 par le 31 mars 2015 | 13 981 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | # d'enfants ayant accès aux services de santé buccodentaire destinés aux enfants.<br><br>(mesure de référence : 18 780) | 18 780 par le 31 mars 2015 | 19 865 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Les programmes axés sur le développement sain de l'enfant, comme le Programme de santé maternelle et infantile (PSMI), le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP – composante Premières Nations et Inuits), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR), le Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et l'Initiative en santé bucco-dentaire des enfants (ISBD) offrent à présent un accès élargi à leurs services qui favorisent un bon état de santé. En 2014-2015, le Ministère a dépassé de plus de 1 000 la cible de 7 982 femmes ayant accès aux services de santé prénatale et postnatale, y compris à des conseils nutritionnels (en particulier au Programme canadien de nutrition prénatale). Un accès élargi est important, car il a été prouvé que les services prénataux et postnataux améliorent les résultats sur la santé des femmes et des nourrissons en réduisant les complications liées à la grossesse et en favorisant un gain de poids plus sain pendant la grossesse.

En outre, 13 981 enfants ont eu accès à une alphabétisation et à un apprentissage précoces grâce au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves. Il importe que les enfants autochtones aient la possibilité de se familiariser avec leur langue et leur culture pour qu'ils puissent développer un sentiment d'appartenance à leur communauté, lequel peut favoriser la résilience et une meilleure santé. Des évaluations ont montré que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a véritablement produit des changements positifs en augmentant le niveau d'activité physique, les activités culturelles et la lecture chez les enfants.

L'évaluation de la santé buccodentaire et du développement sont importants pour la santé générale d'un enfant. Les taux de chirurgies dentaires étaient plus faibles chez les enfants de collectivités ayant accès à l'Initiative en santé bucco-dentaire des enfants (ISBD) que chez les enfants de collectivités n'y ayant pas accès. En outre, la cible de 18 780 enfants inuits et des Premières Nations ayant accès à l'ISBD a été dépassée de plus d'un millier d'enfants. Les collectivités ayant accès au Programme de santé maternelle et infantile (PSMI) étaient plus enclines que les collectivités n'y ayant pas accès à consulter pour des étapes du développement, des facteurs de risques prénataux et des problèmes de santé préexistants.

Ces programmes et services communautaires et adaptés sur le plan culturel contribuent à aider les enfants inuits et des Premières Nations ainsi que leurs familles à développer tout leur potentiel. En même temps, assurer aux collectivités un accès équitable aux programmes et services axés sur le développement sain de l'enfant fait toujours partie des priorités.

*L'Évaluation des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé*[lvi] de 2014 a fait ressortir la nécessité de renforcer la collaboration entre tous les partenaires pour assurer des partenariats soutenus et garantir l'intégration des programmes. En fonction de ces conclusions, Santé Canada travaillera avec d'autres ministères fédéraux à l'établissement de la liste de programmes fédéraux actuels d'éducation pour les enfants à l'intention des Premières Nations vivant dans les réserves, pour soutenir une meilleure planification dans la collectivité et pour optimiser les ressources existantes et les partenariats provinciaux lorsque cela est possible. Par ailleurs, Santé Canada finalise présentement un Plan d'action stratégique sur la santé bucco-dentaire qui servira de guide pour renforcer les partenariats et la collaboration dans le domaine des services bucco-dentaires.

## Sous-sous programme 3.1.1.2 : *Bien-être mental*

**Description**

Le programme Bien-être mental administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne le bien-être mental des collectivités des Premières Nations et des Inuits. La prévention, l'intervention précoce, le traitement et le suivi font partie des différents services offerts.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : prévention et traitement de la toxicomanie (dans le cadre de la SNA), promotion de la santé mentale, prévention du suicide et programme de soutien en santé pour les participants de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens.

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés au bien-être mental des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 291 117 381 | 298 145 199 | 7 027 818 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est en grande partie attribuable au financement supplémentaire reçu dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses et au réalignement d'autres activités du programme afin d'appuyer les programmes de prévention de l'abus de médicaments d'ordonnance et d'amélioration du mieux-être mental. Cet écart est compensé par un excédent dans le budget du Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens, les besoins de ce programme étant par nature intimement liés à la demande.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 83 | 128 | 45 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par une réaffectation des ressources provenant du plan afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Abstinence de consommation de drogue et d'alcool après un traitement de la toxicomanie. | % de clients des centres de traitement ayant cessé de consommer au moins une substance après avoir suivi un traitement. | 30* par le 31 mars 2015 | 60 |
| Consommation réduite de substances après un traitement. | % de clients des centres de traitement ayant réduit leur consommation d'au moins une substance après avoir suivi un traitement. | 50** par le 31 mars 2015 | 94 |
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès à des programmes et des services de bien-être mental. | # de projets qui comprennent des programmes de prévention du suicide (plus particulièrement la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones).<br><br>(mesure de référence : 115) | 115 par le 31 mars 2015 | 138 |

* Un taux de réussite de 30 % après la fin du traitement reflète le fait qu'il existe un taux élevé de rechute chez les personnes qui cherchent un traitement à la toxicomanie. Voir la note complémentaire n° 4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

** En raison du taux élevé de rechute, même la réduction d'une seule substance intoxicante est un succès. Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

### *Analyse du rendement et leçons retenues*

*En 2014-2015, 60 % des clients des centres de traitement ont arrêté de consommer au moins une substance après avoir terminé leur traitement, ce qui dépasse l'objectif qui était de de 30 %. De plus, 94 % des clients des centres de traitement ont diminué leur consommation d'au moins une substance après avoir terminé leur traitement, ce qui est nettement supérieur à l'objectif de 50 %. Par ailleurs, 138 projets ont offert des programmes de prévention du suicide, ce qui est supérieur à l'objectif fixé à 115 projets.*

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été achevé en 2014-2015. Il est destiné à guider les collectivités, les conseils tribaux, les autorités sanitaires, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les ministères fédéraux quant à la façon d'adapter, d'optimiser et d'harmoniser les programmes et les services de manière à ce qu'ils répondent mieux et avec plus de souplesse aux besoins des membres des Premières Nations. Une structure de gouvernance composée d'intervenants de premier plan évoluant à l'échelle nationale, régionale ou communautaire a été créée afin de mieux guider la mise en œuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Le travail s'est poursuivi avec l'Inuit Tapiriit Kanatami afin d'appuyer l'élaboration d'un cadre du continuum du mieux-être mental à l'intention, cette fois, des Inuits.

Une communauté de pratique a été établie pour appuyer les dix équipes du bien-être mental. Des experts des Premières Nations ont partagé de l'information sur des enjeux déterminants associés aux programmes et services dispensés par ces équipes (la culture à titre d'intervention, par exemple), y compris les pratiques prometteuses et les leçons apprises. D'autres réalisations ont appuyé les équipes du bien-être mental, notamment l'achèvement et la diffusion de modules d'apprentissage sur la prévention du suicide et le financement du First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board (FNWACCB) afin d'offrir une formation et des procédures d'agrément adéquates et respectueuses des enseignements traditionnels des Premières Nations en matière de guérison.

En 2014-2015, Santé Canada a continué d'appuyer des activités de counselling professionnel et des services de soutien culturel et émotionnel aux anciens étudiants des pensionnats indiens et à leurs familles. À cet effet, Santé Canada a investi dans plus de 120 organismes communautaires des Premières Nations et des Inuits afin que les clients admissibles aient accès à des services de soutien culturel et en santé mentale.

La prestation des services des programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie a été assurée efficacement grâce à un réseau de 44 centres de traitement établis dans la plupart des collectivités inuites et des Premières Nations du Canada.

## Sous-sous programme 3.1.1.3 : *Vie saine*

**Description**

Le programme des modes de vie sains administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des programmes, des stratégies, des initiatives et des services communautaires adaptés à la culture en ce qui concerne les maladies chroniques et les blessures au sein des collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme vise à promouvoir des comportements sains et des milieux favorables en ce qui concerne la saine alimentation, l'activité physique, la sécurité alimentaire, la prévention, la prise en charge et le dépistage des maladies chroniques ainsi que la politique sur la prévention des blessures.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, la prévention des blessures, le programme Nutrition Nord Canada (une initiative d'éducation en matière de nutrition) et le volet sur les Premières Nations et les Inuits de la SFLCT (mise en œuvre en 2012-2013).

L'objectif du programme est de s'attaquer aux risques les plus importants et aux résultats inférieurs en matière de santé associés aux maladies chroniques et aux blessures chez les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 67 773 988 | 73 496 660 | 5 722 672 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par une réaffectation des fonds à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 108 | 130 | 22 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des nombres prévus afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès à des programmes et services liés aux modes de vie sains. | % de collectivités qui offrent des programmes sur les modes de vie sains (plus particulièrement l'initiative sur le diabète chez les Autochtones) | 65 par le 31 mars 2015 | 65.1 |
| | % de projets qui offrent des activités physiques dans le cadre de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones. | 637 par le 31 mars 2015 | 65.1 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | % de projets qui offrent des activités sur la saine alimentation dans le cadre de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones | 90[*] par le 31 mars 2015 | 97,7 |

[*] Cela cible reflète le fait que les bénéficiaires des accords de contribution choisissent de livrer les projets en fonction des besoins de leurs communautés. Voir la note complémentaire n° 5 à la page 19 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de niveau de rendement.
[**] Cela cible reflète le fait que les bénéficiaires des accords de contribution choisissent de livrer les projets en fonction des besoins de leurs communautés. Voir la note complémentaire n° 5 à la page 19 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de niveau de rendement.

### Analyse du rendement et leçons retenues

*Le diabète est un problème de santé préoccupant chez les Premières Nations, au sein desquelles le taux de diabète est trois à quatre fois plus élevé que parmi les Canadiens non autochtones. En 2014-2015, Santé Canada a continué d'investir dans l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), qui vise à réduire l'incidence et la prévalence du diabète de type 2 par des activités de prévention. Des services de l'IDA ont été fournis dans 89,1 % des communautés, comparativement à l'objectif de 90 %, cela représente plus de 600 communautés inuites et des Premières Nations. L'IDA est avantageuse pour les collectivités, car elle renforce la compréhension et la connaissance des facteurs de risque et des approches de prévention du diabète et permet d'avoir accès à des services de prévention, de dépistage et de prise en charge du diabète.*

*Les types d'activités financées par l'intermédiaire de l'IDA sont largement reconnus comme étant des interventions efficaces, et une majorité de provinces et de territoires ont mis sur pied des initiatives sur le diabète semblables qui mettent l'accent sur l'importance des activités de prévention et de promotion de la santé.*

*Les sommes investies en 2014-2015 ont contribué à élargir l'accès à des programmes et services communautaires axés sur l'activité physique. Les activités offertes aux collectivités inuites et des Premières Nations regroupent, entre autres, des épreuves parascolaires régionales d'activité physique, l'agrément de moniteurs de conditionnement physique, des activités physiques traditionnelles et non traditionnelles, de même que des programmes visant à promouvoir un poids santé. Les investissements ont aussi contribué à améliorer l'accès à des activités éducatives en matière de nutrition afin de promouvoir une saine alimentation et un accès élargi à des aliments nutritifs.*

*Dans le cadre de l'IDA, 97,7 % des collectivités ont organisé des activités de promotion d'une saine alimentation, et 96,1 % des projets d'activité physique. Ces résultats dépassent de beaucoup leurs cibles respectives de 90 % et de 85 %. La présence d'équipes multidisciplinaires régionales (qui regroupent des spécialistes de la nutrition et de l'activité physique) a contribué à promouvoir l'alimentation saine et l'activité physique dans la collectivité grâce à l'acquisition de compétences et de capacités. Le processus de planification de la santé communautaire a en*

outre contribué à la création de réseaux et de partenariats communautaires avec d'autres domaines de programme et des partenaires de l'extérieur. Grâce au programme Nutrition Nord Canada, Santé Canada a pu accorder un soutien additionnel pour des activités communautaires éducatives en axées sur la nutrition dans 78 collectivités isolées des Premières Nations et inuites. En dépit des progrès réalisés, des facteurs tels que la pauvreté et l'insécurité alimentaire continuent de faire obstacle à l'adoption de modes de vie sains et à l'amélioration des résultats sur la santé.

*L'évaluation récente (2014) des* groupes Vie saine et Développement des jeunes enfants a fait ressortir que le programme Vie saine a fait des progrès considérables en matière de promotion de comportements sains dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Toutefois, l'évaluation a aussi dénoté la nécessité de soutenir les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et la qualité de ceux-ci. Santé Canada a entrepris une initiative pour mettre en œuvre des normes d'agrément et de prestation de services afin de faciliter les améliorations au niveau de la qualité et de l'accès; de plus, il établira des normes propres aux programmes sur les modes de vie sains.

## Sous-programme 3.1.2 : *Protection de la santé publique des membres des Premières Nations et des Inuits*

**Description**

Le programme Protection de la santé publique des collectivités inuites et des Premières Nations offre des services de protection de la santé publique aux Premières Nations et aux Inuits du Canada. La mise en œuvre de ce programme est axée sur le contrôle et la prise en charge des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu.

Le programme de protection de la santé publique des collectivités inuites et des Premières Nations administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des initiatives se rapportant au contrôle des maladies transmissibles et à la prestation de services en matière d'hygiène du milieu, dont la surveillance, la recherche et l'analyse des risques. Les services de contrôle des maladies transmissibles et d'hygiène du milieu visent les membres des Premières Nations qui habitent dans les réserves, et offrent un soutien dans des cas précis (p. ex., pour traiter la tuberculose) aux Inuits vivant au sud du 60° parallèle. La recherche sur l'hygiène du milieu, la surveillance et les activités d'analyse du risque visent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et, dans certains cas (c.-à-d. changements climatiques et adaptation en matière de santé, ainsi que biosurveillance), visent également les Inuits et les membres des Premières Nations qui habitent au nord du 60° parallèle.

Les données de surveillance sont à la base de ces activités de santé publique, et ces dernières sont réalisées en tenant compte du rôle primordial des déterminants sociaux. Pour atténuer l'incidence des facteurs extérieurs au système de santé publique, le programme collabore avec les Premières Nations, les Inuits et d'autres organismes.

**L'objectif du programme est de réduire les risques liés à la santé humaine dans les collectivités inuites et des Premières Nations associés aux maladies transmissibles et à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et bâtis, en renforçant la capacité des collectivités à réduire ces risques.**

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 124 826 210 | 93 369 151 | -31 457 059 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à la réaffectation de fonds au sous-programme Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits visant à maintenir l'accès aux services infirmiers dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 255 | 344 | 89 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Capacité accrue des collectivités à faire face aux urgences de santé. | % de collectivités des Premières Nations ayant une planification intégrée pour l'élaboration de plans d'interventions en cas de pandémie et en cas d'urgence. | 75* par le 31 mars 2015 | 81 |
| Les risques environnementaux pour la santé liés à la qualité de de l'eau sont réduits. | % de réseaux publics de distribution d'eau dans les réserves qui respectent les lignes directrices nationales sur les analyses hebdomadaires des paramètres bactériologiques (selon la fréquence recommandée dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada). | 50,6** par le 31 mars 2016 | 42 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| | % de collectivités des Premières Nations ayant accès aux services d'un contrôleur communautaire de la qualité de l'eau potable ou d'un agent d'hygiène du milieu pour le contrôle de la qualité de leur eau potable. | 100 par le 31 mars 2016 | 100 |

* Voir la note complémentaire n° 4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.
** * La cible de 50,6 % constitue une amélioration de 15 % par rapport aux niveaux de 2010, qui se situaient à 44 %. Il convient de noter que les Premières Nations réalisent la surveillance et que Santé Canada fournit de l'aide. Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

L'objectif pour le premier résultat attendu a été dépassé puisque 81 % des collectivités des Premières Nations disposaient de plans intégrés de préparation en cas de pandémie/d'intervention et de préparation aux urgences.

En 2014-2015, Santé Canada a soutenu les mesures de santé publique afin de prévenir et de contrôler les cas et les éclosions de maladies transmissibles dans les réserves. Il a fait la promotion de l'éducation et de la sensibilisation du public afin de favoriser des pratiques saines, renforcé la capacité de la collectivité, entrepris la surveillance et la présentation de rapports sur les maladies transmissibles et assumé la fonction de liaison et de coordination pour la gestion des urgences tous risques. Par exemple, Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations (APN) ont mis en œuvre un processus de mobilisation d'un large éventail de partenaires afin d'élaborer le Cadre sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Un questionnaire de mobilisation des partenaires a été élaboré et distribué afin d'évaluer les réussites, les lacunes et les défis des programmes de lutte contre ces infections.

Le Ministère a élaboré un cadre de surveillance et de mesure du rendement pour les programmes de lutte contre la tuberculose afin de guider l'établissement d'une approche améliorée à l'égard de la surveillance des collectivités qui font face à des éclosions ou à une incidence continuellement élevée de cas de tuberculose. De même, un outil éducatif sur la tuberculose a été élaboré pour aider les professionnels de la santé exerçant dans les collectivités à accroître la sensibilisation et l'éducation des membres de la collectivité à l'égard de la tuberculose.

Santé Canada a continué de financer 16 projets de recherche et d'évaluation communautaires afin que les collectivités inuites et des Premières Nations puissent mettre au point des stratégies d'adaptation et des plans d'action au regard du changement climatique.

Santé Canada aide les collectivités des Premières Nations à établir des programmes de surveillance de la qualité de l'eau potable et s'est fixé un objectif de 50,6 % des réseaux d'aqueduc publics dans des réserves qui sont testés quatre fois par mois ou 48 fois par année, conformément aux lignes directrices nationales sur la fréquence d'analyse. En 2014-2015, cet

objectif n'a pas été atteint, alors que seulement 42 % des réseaux d'aqueduc publics dans des réserves respectaient la fréquence recommandée. Cependant, cet indicateur ne note que le pourcentage des collectivités qui ont respecté la norme, mais ne donne pas un aperçu global de la fréquence d'analyse de tous les réseaux d'aqueduc publics dans des réserves. La fréquence moyenne d'analyse de tous les réseaux d'aqueduc publics dans les réserves se chiffrait à 38 semaines sur les 48 semaines recommandées (ou 79 %) en 2014-2015.

Santé Canada a amélioré la capacité de surveillance de la qualité de l'eau potable des collectivités des Premières Nations en s'assurant qu'elles ont un accès continu à un contrôleur de la qualité de l'eau sur place et dûment formé ou à un agent d'hygiène du milieu. Même si des progrès ont été réalisés, la conformité sur le plan de la fréquence de la surveillance, telle qu'elle est décrite dans les Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada, continue de présenter des défis logistiques associés à la gestion de très petits réseaux d'eau situés en milieu rural ou dans des endroits éloignés.

## Sous-sous programme 3.1.2.1 : *Contrôle et gestion des maladies transmissibles*

**Description**

Le programme Contrôle et prise en charge des maladies transmissibles administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir des initiatives se rapportant aux maladies pouvant être prévenues par un vaccin, aux maladies transmissibles par le sang aux infections transmissibles sexuellement, aux infections respiratoires ainsi qu'aux urgences liées à des maladies transmissibles. Les activités relatives au contrôle et à la prise en charge des maladies transmissibles, qui sont réalisées en collaboration avec d'autres administrations, visent les Premières Nations qui habitent dans les réserves, et offrent un soutien dans des cas précis (p. ex. pour traiter la tuberculose) dans les collectivités inuites au sud du 60$^{e}$ parallèle. Les activités de contrôle et de prise en charge des maladies transmissibles s'appuient sur la surveillance de la santé publique et des méthodes fondées sur des données probantes et tiennent compte du fait que toutes les administrations provinciales et territoriales disposent de lois en matière de santé publique.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la prévention, le traitement et le contrôle des cas et des éclosions de maladies transmissibles ainsi que l'éducation et la sensibilisation du public visant à encourager les pratiques saines.

Un certain nombre de ces activités sont étroitement liées à celles du sous-sous programme d'hygiène du milieu (3.1.2.2), car elles se rapportent aux maladies infectieuses d'origine hydrique, alimentaire et zoonotique.

L'objectif de ce programme consiste à réduire l'incidence et la propagation des maladies transmissibles au sein des collectivités inuites et des Premières Nations ainsi que les effets de ces maladies sur la santé.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 65 181 696 | 58 206 797 | -6 974 899 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par une réaffectation du financement à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 123 | 194 | 71 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Meilleurs taux d'observance du traitement. | % de patients ayant reçu un diagnostic de tuberculose évolutive qui terminent leur traitement. | 90 par le 31 mars 2016 | 92,1 |
| Meilleures sensibilisation et connaissance du public en ce qui a trait aux maladies pouvant être prévenues par un vaccin et l'immunisation. | % de fournisseurs de soins dans les réserves qui reconnaissent l'importance de la vaccination des enfants. | 85* par le 31 mars 2016 | 93 |
| | % de fournisseurs de soins de santé offrant des services dans les collectivités qui utilisent les documents d'information et de sensibilisation sur l'immunisation élaborés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada). | 70** par le 31 mars 2016 | 94 |

* Une augmentation de 100 % n'avait pas été jugée réalisable selon d'autres facteurs pouvant influencer la perception des dispensateurs de soins. C'est ce qu'a révélé une enquête préliminaire de 2011 qui montrait que la majorité des Premières Nations (82 %) et des Inuits (75 %) ont indiqué qu'il était très important que tous les enfants soient vaccinés. Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

** Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, l'objectif d'observance du traitement a été dépassé, alors que 92,1 % des patients ayant reçu un diagnostic de tuberculose active ont terminé leur traitement. Les objectifs de sensibilisation accrue des fournisseurs de soins de santé et des soignants à l'importance de l'immunisation ont également été dépassés. Par exemple, 93 % des soignants dans les réserves ont reconnu l'importance de la vaccination des enfants (objectif : 85 %) et 94 % des fournisseurs de soins de santé desservant des collectivités inuites et des Premières Nations utilisent le matériel d'éducation et de sensibilisation de Santé Canada traitant de l'immunisation (objectif : 70 %).

*Une évaluation récente (2014) des programmes de contrôle et de gestion des maladies transmissibles*[lvii] ainsi que des services destinés aux collectivités inuites et des Premières Nations a observé des progrès pour ce qui est de l'utilisation accrue des mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles ainsi qu'une amélioration de la sensibilisation et des connaissances du public en matière de maladies transmissibles. L'évaluation recommandait que Santé Canada poursuive ses efforts pour garantir une uniformité dans les activités de formation et de soutien offertes aux travailleurs en santé communautaire de manière à ce que l'on continue de renforcer les capacités communautaires et la capacité du programme de répondre à des besoins communautaires diversifiés.

En 2014-2015, Santé Canada a entrepris deux initiatives clés pour renforcer les capacités communautaires. Pour améliorer l'intégration des plans d'intervention en cas de pandémie et en cas d'urgence, Santé Canada a préparé un document d'orientation pour le cycle d'amélioration des plans de lutte contre les maladies transmissibles qui énonce en détail les activités nationales, régionales et communautaires associées à l'élaboration de plans ainsi qu'au renforcement et à la mise à l'essai des processus. Ces plans ont été communiqués aux collectivités des Premières Nations à titre d'outils de santé publique à utiliser dans les postes infirmiers et les centres de santé.

En 2014-2015, Santé Canada a travaillé en étroite collaboration avec des partenaires afin d'établir un plan d'intervention advenant l'éclosion de cas d'Ebola dans les collectivités des Premières Nations. Ces préparatifs comprenaient l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche exhaustive pour la « formation de formateurs », la mise à disposition d'un équipement de protection individuelle amélioré et la formation de 988 professionnels de soins de première ligne sur l'utilisation adéquate de cet équipement dans six régions relevant de Santé Canada et dans celles de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.

## Sous-sous programme 3.1.2.2 : *Hygiène du milieu*

**Description**

Le programme de Santé environnementale et publique administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes se rapportant à la prestation de services d'hygiène du milieu. Ces services visent les collectivités des Premières Nations vivant au sud du 60$^{e}$ parallèle et ils concernent différents domaines, comme l'eau potable, les eaux usées, l'élimination des déchets solides, la sécurité alimentaire, la santé et le logement, l'inspection des installations, les aspects

des mesures et interventions d'urgence se rapportant à l'hygiène du milieu et le contrôle des maladies transmissibles. Les programmes d'analyse du risque et de surveillance en matière d'hygiène du milieu sont destinés aux collectivités des Premières Nations vivant au sud du 60e parallèle, et dans certains cas, aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits vivant au nord du 60e parallèle. Ils comprennent de la recherche communautaire et participative sur les tendances et les répercussions des facteurs environnementaux (p. ex. les contaminants chimiques, les changements climatiques) sur les déterminants de la santé (p. ex. les déterminants biophysiques, sociaux, culturels et spirituels).

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la santé publique, la surveillance, le suivi et les évaluations, l'éducation publique, la formation et le renforcement de la capacité communautaire.

L'objectif du programme est de déterminer, de contrer et de prévenir les risques pour la santé des collectivités inuites et des Premières Nations associés à l'exposition aux dangers que présentent les milieux naturels et artificiels.

Ce programme utilise des fonds provenant du transfert de paiement suivant: Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 59 644 514 | 35 162 354 | -24 482 160 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à la réaffectation de fonds au sous-programme Soins cliniques et soins aux clients visant à maintenir l'accès aux services infirmiers dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations, qui a été compensée par des fonds supplémentaires obtenus dans le cadre du Budget supplémentaire des dépenses pour appuyer l'exécution du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières Nations.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 132 | 150 | 18 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Corpus de recherches communautaires participatives sur les dangers liés à l'hygiène du milieu dans les collectivités inuites et des Premières Nations. | # de rapports de recherche participative ou communautaire disponibles sur les dangers liés à l'hygiène du milieu.<br><br>(mesure de référence 18) | 25 par le 31 mars 2016 | 26 |

### Analyse du rendement et leçons retenues

Pour ce résultat attendu, l'objectif a été dépassé, alors que 26 rapports de recherche communautaire/participative sur des dangers liés à l'hygiène du milieu étaient disponibles (par comparaison avec l'objectif fixé à 25 rapports).

En 2014-2015, Santé Canada a appuyé l'élaboration du règlement d'application de la *Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations*[lviii]. La démarche comportait la préparation et le lancement, en collaboration avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), d'une stratégie de consultation et de mobilisation pour solliciter des commentaires auprès des partenaires des Premières Nations au sujet de la réglementation existante et diffuser des connaissances sur la réglementation en matière d'eau potable et d'eaux usées.

En collaboration avec la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), Santé Canada a produit une vidéo sur les moisissures à l'intention des entrepreneurs et du personnel d'entretien des bâtiments dans les collectivités. La vidéo, transmise aux dirigeants des collectivités des Premières Nations, est destinée à accroître la sensibilisation à l'égard de la présence de moisissures dans les bâtiments de même que les connaissances sur les causes à l'origine des moisissures et sur les méthodes pour les déceler, les prévenir et les éliminer.

Dans les collectivités, Santé Canada a continué d'appuyer des projets axés sur la surveillance de l'exposition aux risques environnementaux et aux effets découlant du changement climatique. Une étude pilote de biosurveillance de la santé chez les enfants de 3 à 19 ans a été amorcée en collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Québec affilié à l'Université Laval. Par ailleurs, le rapport 2011-2012 de l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) relatif à l'Ontario a été publié. Les résultats de ce rapport ont contribué à renforcer le processus décisionnel fondé sur des éléments probants et serviront à cibler les activités d'intervention dans les domaines de la salubrité des aliments et de la nutrition au sein des programmes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) visant les collectivités et pour planifier d'autres études environnementales au sein des populations des Premières Nations les plus touchées.

## Sous-programme 3.1.3 : *Soins primaires offerts aux membres des Premières Nations et aux Inuits*

**Description**

Le programme Soins de santé primaires offerts aux membres des Premières Nations et des Inuits administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes. Ces fonds sont utilisés pour soutenir le personnel ainsi que les postes d'exploitation et de soins infirmiers dans les réserves, les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire dans les collectivités des Premières Nations et aux Inuits ainsi que les hôpitaux dans les réserves du Manitoba, où les services ne sont pas offerts par les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux. Les soins, qui relèvent principalement du personnel infirmier, sont offerts par une équipe de santé collaborative qui fournit des services de santé intégrés et accessibles, dont les suivants : évaluation, diagnostic, soins curatifs, gestion de cas, réadaptation, soutien, relève, des soins palliatifs et de fin de vie.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la pratique clinique et soins aux clients, en plus des soins à domiciles et en milieu communautaire.

L'objectif du programme est d'offrir des soins de santé primaires aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 263 857 153 | 300 663 320 | 36 806 167 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à la réaffectation de fonds au sous-programme Protection de la santé publique des collectivités inuites et des Premières Nations visant à maintenir l'accès aux services infirmiers dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 569 | 647 | 78 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Des services de soins de santé primaires fondés sur des besoins évalués sont fournis aux membres des Premières Nations et aux Inuits. | Taux d'utilisation par 1 000 membres admissibles dans les réserves (soins à domicile et en milieu communautaire ainsi que soins cliniques et soins aux clients) | 365,8 par le 31 mars 2015 | 365,8 |
| Réponses coordonnées aux services de soins de santé primaires. | % de collectivités des Premières Nations ayant établi des accords de collaboration avec des fournisseurs externes de services de soins de santé primaires | 50* par le 31 mars 2015 | 57 |

* Voir la note complémentaire n°4 à la page 96 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, Santé Canada a atteint son objectif correspondant à un taux d'utilisation de 365,8 par 1 000 pour les soins à domicile et en milieu communautaire et les soins cliniques et aux clients destinés aux populations admissibles des réserves. De plus, l'objectif en matière d'interventions coordonnées a été dépassé, alors que 57 % des collectivités des Premières Nations avaient des ententes de prestation des services en collaboration signées avec des fournisseurs externes de soins primaires.

Santé Canada a continué la mise en œuvre d'une stratégie de recrutement et de maintien d'un corps infirmier à multiples facettes pour les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations. Par exemple, en 2014-2015, des outils et mécanismes de dotation ont été rationalisés, notamment la conception et la mise en œuvre d'un processus de recrutement rapide et efficace comprenant la réception continue des demandes en ligne par l'entremise de l'outil interactif « Apply Now! » (Postuler maintenant). De plus, une Unité de coordination des services d'infirmiers de suppléance a été mise en place afin d'atténuer la pression sur les régions et d'implanter une normalisation. L'Unité gère les contrats nationaux de services d'infirmiers de relève dans les régions du Manitoba, de l'Ontario et du Québec.

Des activités ont débuté en 2014-2015 afin de mettre au point une stratégie d'accréditation pour faire face au défi que pose le nombre croissant d'établissements de santé qui se lancent dans un processus d'accréditation.

Des initiatives de collaboration ont été établies pour favoriser la création de liens entre Santé Canada, les services provinciaux et les organismes de réglementation. Entre autres, Santé Canada a travaillé avec des intervenants des milieux collégial et universitaire sur l'accès des offres de programmes de soins infirmiers et sur le recrutement d'infirmiers et d'infirmières. Des activités

sont en cours pour renforcer la collaboration et améliorer la mise en commun de renseignements et les partenariats.

## Sous-sous programme 3.1.3.1 : *Pratique clinique et soins aux clients*

**Description**

Le programme Pratique clinique et soins aux clients est offert par une équipe de santé collaborative, principalement dirigée par du personnel infirmier, qui fournit des services de santé et des services buccodentaires intégrés et accessibles, dont les suivants : évaluation, diagnostic, soins curatifs, réadaptation pour les soins urgents et non urgents.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : le triage, la réanimation et la stabilisation d'urgence, les soins ambulatoires d'urgence et les services non urgents aux patients externes, les soins coordonnés et intégrés ainsi que l'aiguillage vers des soins secondaires et tertiaires appropriés à l'extérieur de la collectivité et, dans certaines collectivités, les visites d'un médecin ainsi que les services hospitaliers, ambulatoires et d'urgence aux personnes hospitalisées.

L'objectif du programme est de fournir des services de pratique clinique et de soins aux clients aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du transfert de paiement suivant : Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 158 114 936 | 191 477 020 | 33 362 084 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est principalement attribuable à la réaffectation de fonds au sous-programme Santé environnementale et publique visant à maintenir l'accès aux services infirmiers dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 527 | 585 | 59 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

**Résultats du rendement**

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les populations inuites et des Premières Nations ont accès à des services de soins cliniques et aux clients. | % de la population admissible vivant dans les réserves ayant accès à des services de soins cliniques et aux clients. | 20* par le 31 mars 2015 | 43,8 |
| | % de services urgents de soins cliniques et aux clients ayant été fournis dans les postes de soins infirmiers. | 30 par le 31 mars 2015 | 11,1 |
| Des ententes sont conclues avec des partenaires externes pour la prestation de services dans les collectivités inuites et des Premières Nations. | % personnes ayant été dirigés vers les soins d'urgence et hospitaliers. | 28 par le 31 mars 2015 | Voir note** |

* Cette cible est basée sur l'utilisation des services et le maintien des niveaux de service pour ceux dans le besoin. Il n'est pas prévu que l'ensemble de la population éligible dans les réserves ait recours aux services cliniques et aux services de soins offerts à la clientèle.
** Les données disponibles pour la période visée sont insuffisantes. L'indicateur de rendement sera réévalué pour le prochain exercice.

***Analyse du rendement et leçons retenues***

En ce qui a trait aux services de soins cliniques et de soins aux patients, le rendement de Santé Canada est centré sur les collectivités des régions de l'Alberta, du Manitoba, de l'Ontario et du Québec où Santé Canada assure directement des services dans le cadre de programmes de soins cliniques et de soins aux clients. Santé Canada a dépassé l'objectif, alors que 43,8 % des populations admissibles des réserves ont accédé à des services de soins cliniques et de soins aux clients. En raison des limites des données, les communautés du Manitoba ne sont pas comprises dans ce résultat.

Dans 11,1 % des cas, les services urgents de soins cliniques et de soins aux clients ont été assurés dans des postes de soins infirmiers, ce qui est inférieur au taux ciblé de 30 %. L'écart peut s'expliquer en partie par les limites des données alors qu'il n'a pas été possible d'obtenir des données sur la totalité de l'exercice pour l'Ontario. À l'aide de leçons tirées lors des obstacles rencontrés dans la collecte de données, un nouveau modèle de rapport pour les postes de soins infirmiers a été élaboré afin de recueillir des données plus exhaustives dans l'avenir.

Santé Canada a financé ou dispensé des services de première ligne, y compris des services d'urgence accessibles en permanence, dans 80 collectivités éloignées et isolées des Premières Nations ayant un accès limité à des services de santé provinciaux ou territoriaux. Santé Canada a financé neuf collectivités par l'intermédiaire de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.

L'actualisation des guides de pratique clinique a été amorcée qui inclut notamment l'établissement d'un contrat pour la mise à jour des données probantes contenues dans ces guides et la conception d'outils d'aide. À cette fin, un comité consultatif a été créé pour apporter une expertise et une orientation.

Santé Canada a adapté du matériel éducatif sur la résistance aux antimicrobiens et l'a distribué dans les postes infirmiers afin de promouvoir une utilisation adéquate des antibiotiques et prévenir la résistance aux antimicrobiens. Des ressources en ligne sur la résistance aux antimicrobiens ont également été mises à la disposition des praticiens.

## Sous-sous programme 3.1.3.2 : Soins à domicile et en milieu communautaire

**Description**

Le programme Soins à domicile et en milieu communautaire administre des accords de contribution en collaboration avec des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des gouvernements territoriaux pour permettre aux personnes âgées ainsi qu'aux membres de ces collectivités ayant une incapacité, une maladie chronique ou une maladie aiguë de recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile et dans leur collectivité. Les soins sont principalement offerts par des infirmiers autorisés spécialisés dans les soins à domicile et par des fournisseurs de soins personnels formés et agréés.

Dans le cadre de la prestation de ce programme, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits offre du financement par le biais d'accords de contribution et de dépenses ministérielles directes pour un continuum de services essentiels de base comme l'évaluation du patient et la gestion de cas, les soins infirmiers à domicile, les soins personnels et le soutien à domicile de même que le répit à domicile et l'établissement de liens et l'aiguillage, au besoin, vers d'autres services de santé ou services sociaux. Selon les besoins et les priorités de la collectivité, l'infrastructure existante et la disponibilité des ressources, le programme de soins à domicile et en milieu communautaire peut être étendu pour offrir des services de soutien. Parmi ces services, on retrouve : la réadaptation et d'autres thérapies, des programmes de jour pour adultes, des programmes de repas, des soins de santé mentale à domicile, des soins palliatifs à domicile et des services spécialisés en matière de promotion de la santé de bien-être et de mise en forme.

L'objectif du programme est d'offrir des services de santé à domicile et en milieu communautaire aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du transfert de paiement suivant: Soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 105 742 217 | 100 188 266 | 5 444 577 |

[illegible]

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 42 | 61 | 19 |

[illegible]

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Des services de soins à domicile et en milieu communautaire sont fournis aux collectivités inuites et des Premières Nations. | Taux d'utilisation par 1 000 habitants vivant dans les réserves. | 71,2 par le 31 mars 2015 | 71,2 |
| | % des heures de soins à domicile et en milieu communautaire constituant des soins infirmiers à domicile. | 8,6 par le 31 mars 2015 | 8,6 |
| Des accords de prestation de services, avec des partenaires internes et externes, sont établis dans les collectivités inuites et des Premières Nations. | % de collectivités ayant établi des accords de prestation de services en collaboration avec des partenaires externes. | 60* par le 31 mars 2015 | 97 |

[illegible]

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Les objectifs pour les services de soins à domicile et de soins communautaires ont été atteints, alors que le taux d'utilisation était de 71,2 par 1 000 habitants pour la population dans les réserves et que la répartition des heures de soins à domicile et de soins communautaires assurés dans le cadre des soins infirmiers à domicile était de 8,6 %. Pour les ententes de prestation de services, l'objectif a été dépassé, alors que 97 % des collectivités disposaient d'ententes de

prestation de services en collaboration signées avec des fournisseurs externes de services par comparaison avec l'objectif de 50 %.

Au cours de 2014-2015, le programme de soins à domicile et communautaires des Premières Nations a offert 1,8 million d'heures de soins dans 500 collectivités Inuits et des Premières Nations. De plus, un plan décennal a été finalisé pour aider le personnel du programme à tous les niveaux à prévoir les nouvelles tendances démographiques et en santé, les besoins en matière de santé complexes et en constante évolution ainsi que les autres défis liés aux besoins en soins à domicile des clients Inuits et des Premières Nations, et à y répondre. Le plan reflète les priorités des Inuits et des Premières Nations et tient compte des tendances et des prévisions des soins à domicile au Canada dans le cadre du continuum des soins de santé. Chaque objectif est axé sur le client et appuie les fournisseurs de soins dans la prestation de soins exemplaires qui tiennent compte des besoins évalués du client pendant qu'il compose avec la maladie ou un deuil. On s'attend à ce que le plan soit une ressource clé qui permettra aux responsables du programme, au personnel à domicile aux collectivités de répondre adéquatement aux défis futurs d'une manière stratégique et intégrée au cours des dix prochaines années.

## Programme 3.2 : *Prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits*

**Description**

En vertu du programme de prestations supplémentaires en santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits, le programme des services de santé non assurés (SSNA) met à la disposition des membres inscrits des Premières Nations et des résidents inuits reconnus au Canada une gamme spécifiée de produits et services médicaux nécessaires qui ne sont pas offerts aux clients admissibles dans le cadre de programmes privés ou provinciaux/territoriaux. Les SSNA comprennent les produits pharmaceutiques; le matériel médical et les fournitures médicales; les soins dentaires; les soins de la vue; les services de counseling et d'intervention d'urgence en santé mentale; le transport à des fins médicales pour recevoir des services de santé nécessaires du point de vue médical qui ne sont pas disponibles dans une réserve ou dans la collectivité de résidence. Le programme paie également les cotisations du régime provincial d'assurance-maladie pour les clients admissibles en C.-B.

Les services de santé sont assurés par des fournisseurs inscrits (p. ex. pharmaciens, dentistes) du secteur privé et financés par l'entremise des bureaux régionaux ou du système électronique de traitement des demandes du programme. Certains services sont aussi fournis en vertu d'accords de contribution conclus avec des organismes inuits et des Premières Nations et les gouvernements territoriaux au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

L'objectif du programme est de fournir des services de santé non assurés aux membres des Premières Nations et aux Inuits afin que l'état de santé de ces populations s'améliore et se compare à celui du reste de la population canadienne.

Ce programme utilise des fonds provenant du transfert de paiement suivant: Prestations supplémentaires en santé pour les Premières Nations et les Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 1 133 324 859 | 1 133 324 859 | 1 104 008 776 | 1 075 694 038 | -57 630 821 |

Remarque : L'écart de 57,6 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par :

- Un écart de 29,3 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales principalement attribuable à la réaffectation de fonds à l'intérieur de ce résultat stratégique associée à la création d'un financement limité pour les services de santé non assurés (SSNA).
- Un écart de 28,3 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles principalement attribuable aux fonds gardés en réserve et à un excédent qui découle de la nature du programme, qui est fondé sur la demande.

### Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 491 | 449 | -42 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les Premières Nations et les Inuits ont accès à des services de santé non assurés. | % des membres des Premières Nations et des Inuits admissibles ayant bénéficié d'au moins un service de santé non assuré. | 72* par le 31 mars 2015 | 71,2 |

* Cette cible est fondée sur l'utilisation des services et le maintien des niveaux de service pour les personnes dans le besoin. On ne prévoit pas que l'ensemble de la population admissible aura besoin d'utiliser les Services de santé non assurés.

### Analyse du rendement et leçons retenues

Dans une proportion de 71,2 %, la population inuite et des Premières Nations admissible a accédé à au moins un Service de santé non assuré par comparaison avec l'objectif de 72 %. Les résultats réels suivent les attentes sachant que les SSNA sont tributaires de la demande et que l'écart est de moins de un pour cent. Santé Canada a permis à plus de 824 000 membres des Premières Nations et Inuits admissibles d'accéder à des SSNA.

En 2014-2015, Santé Canada a élaboré un plan quinquennal de gestion des prestations supplémentaires en santé. Ces travaux sont centrés sur l'atteinte d'objectifs tels que la santé et la sécurité des clients, l'accès amélioré et simplifié aux services de santé, la réduction des frais d'administration et l'amélioration des rapports.

De plus, la stratégie de lutte contre l'abus des médicaments sur ordonnance du Programme des soins de santé non assurés et la sécurité des clients ont été renforcées par la surveillance de la consommation des médicaments sur ordonnance et des habitudes de prescription (notamment en ce qui concerne les opioïdes et d'autres médicaments préoccupants), le retrait de la liste de certains médicaments présentant un risque de surconsommation qui n'ont plus un rôle thérapeutique important et, pour les clients qui en ont besoin, un accès élargi à des médicaments présentant un faible potentiel d'abus. À cette fin, la conception d'un système infrarégional de surveillance de l'abus de médicaments sur ordonnance a été entreprise. Les données du programme indiquent une baisse continue, d'une année à l'autre, du nombre de clients ayant des habitudes de consommation évoquant un abus potentiel de médicaments d'ordonnance.

Un processus national de recrutement de conseillers en santé mentale a été mis en œuvre dans le cadre du Programme des services de santé non assurés (SSNA) et du Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI). Pour appuyer ce processus, ces programmes ont rédigé conjointement et publié sur Internet un Guide sur les services de counseling en santé mentale. Le formulaire d'Entente du fournisseur de counseling en santé mentale a aussi été mis à jour afin d'inclure une section sur la compétence culturelle.

D'autres activités pour 2014-2015 regroupent la prestation de services de traitement des demandes et de services connexes dans les domaines de la pharmacie, des fournitures et équipements médicaux et des soins dentaires pour appuyer la mise en œuvre de l'*Accord-cadre tripartite de la C.-B. sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*. Dans le cadre de ce rôle, et à titre de mesure de transition des avantages, les SSNA ont procédé au règlement des demandes et ont fourni des services de traitement des demandes pour le compte de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.

## Programme 3.3 : *Soutien à l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits*

**Description**

La *Loi sur le ministère de la Santé* (1996) et la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* accordent au programme Soutien à l'infrastructure de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits le pouvoir d'administrer les accords de contribution et les dépenses ministérielles directes dans le but de soutenir la prestation de programmes et de services de santé.

Le programme fait la promotion du renforcement des capacités des collectivités des Premières Nations et des Inuits à concevoir, à gérer, à offrir et à évaluer des programmes et des services de santé. Afin de mieux répondre aux besoins uniques en santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations, ce programme appuie également l'innovation dans

la prestation des programmes et des services de santé; les partenariats entre Santé Canada, les provinces et les Premières Nations en ce qui concerne la gouvernance des services de santé; l'intégration accrue des services de santé des provinces et des Premières Nations.

L'objectif du programme est d'aider à améliorer l'état de santé des membres des collectivités des Premières Nations et des Inuits afin qu'il devienne comparable à celui de la population canadienne à long terme.

## Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 604 177 779 | 604 177 779 | 640 557 440 | 640 190 204 | 36 012 425 |

Remarque : L'écart de 36,0 millions de dollars entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes au sein du Ministère afin de permettre des investissements en capital essentiels et prioritaires dans l'infrastructure de santé dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits.

## Ressources humaines (équivalents temps plein [ETP])

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 125 | 190 | 65 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme. Santé Canada reçoit une majoration annuelle de 3 % pour une partie des programmes de Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits. Ces fonds sont affectés au fonds de fonctionnement. Conformément aux autorisations de programme approuvées par le Conseil du Trésor, Santé Canada a réaffecté les ressources, en fonction des besoins des programmes, du budget de fonctionnement au budget salarial; par conséquent, l'utilisation réelle des ETP est plus élevée que prévu. Maintenant que les rapports ministériels sur le rendement (RMR) sont établis au niveau des sous-sous programmes, le Ministère entend apporter des modifications au futur Budget principal des dépenses afin de tenir compte des exigences opérationnelles actuelles.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les relations de gouvernance innovatrice et intégrée en santé ont augmenté. | % de provinces et territoires ayant établi des accords pluri-gouvernementaux en vue de planifier, de fournir, ou de financer conjointement des services de santé intégrés aux Canadiens d'origine autochtone. | 100 par le 31 mars 2015 | 100 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Capacité accrue des Premières Nations et des Inuits d'influencer et de contrôler (conception, prestation et gestion) les programmes et les services de santé. | # de collectivités ayant établi des accords de financement souple ou global (c. à d. les collectivités qui conçoivent, fournissent et gère leurs programmes et services de santé).<br><br>(mesure de référence : 300) | 310 par le 31 mars 2016 | 331 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Santé Canada a atteint son objectif avec 100 % des provinces et des territoires comptant des ententes multigouvernementales visant à concevoir, à offrir ou à financer des services de santé intégrés à l'intention de la population autochtone canadienne. Pour le deuxième résultat attendu, l'objectif a été dépassé puisque 331 collectivités disposaient d'ententes de financement flexible ou global, ce qui a permis aux collectivités de concevoir, d'offrir et de gérer leurs programmes et services de santé, par comparaison avec l'objectif de 310 collectivités.

En 2014-2015, Santé Canada a terminé la mise en œuvre de l'outil de gestion des risques d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) (l'évaluation générale) en s'appuyant sur le Système de gestion de l'information sur les subventions et contributions (SGISC). Une approche commune de la gestion des manquements fondée sur la Politique de la prévention et gestion des manquements et une série d'outils connexes ont été mis en place en 2013. En 2014-2015, le processus interne pour mener des évaluations conjointes (pour la gestion des risques comme celle des manquements) et le protocole pour l'acheminement et les approbations entre les ministères ont été améliorés en se fondant sur certaines structures régionales au sein de Santé Canada et d'AADNC. Ces changements ont permis d'accroître les gains en efficacité et la collaboration entre les ministères à l'égard des bénéficiaires communs.

Les particularités programmatiques de chaque ministère ont constitué un défi de taille à surmonter au moment de réaliser des évaluations conjointes pour les bénéficiaires communs à Santé Canada et à AADNC. Malgré ces difficultés, un unique protocole fédéral normalisé de présentation de l'information financière a pu être établi pour éviter le dédoublement du travail et réduire le fardeau administratif pour les bénéficiaires. Santé Canada continuera de travailler avec AADNC à une harmonisation accrue des politiques et processus.

Après le transfert de la gestion et de la prestation des programmes de santé à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B., Santé Canada a continué d'agir à titre de bailleur de fonds et de partenaire de la gouvernance en appuyant les processus d'intégration et de reddition des comptes.

Santé Canada a financé des initiatives axées sur la collaboration avec les provinces afin de développer la cybersanté et d'accroître ainsi l'efficacité générale du processus de prestation des

services dans les réserves. La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) a établi 19 nouveaux sites de télésanté dans des collectivités des Premières Nations et a travaillé avec les Premières Nations et les provinces afin d'optimiser l'utilisation à l'échelle provinciale de dossiers médicaux électroniques intégrés et interopérables dans les collectivités. Santé Canada a appuyé les efforts de participation des collectivités des Premières Nations au déploiement provincial de Panorama ou de systèmes provinciaux d'information sur la santé publique.

## Sous-programme 3.3.1 : *Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits*

**Description**

Le programme Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes axés sur la gestion globale et la mise en œuvre des programmes et des services de santé.

Ce programme favorise la participation des Premières Nations et des Inuits dans les domaines suivants : carrières dans le domaine de la santé, y compris les bourses d'études; création d'activités de recherche en santé et accès à celles-ci; acquisition d'information et de connaissances afin d'éclairer tous les aspects des programmes et des services de santé; construction et entretien d'établissements de santé. Ce programme soutien également les mesures visant à créer de nouvelles structures de gouvernance des services de santé auxquelles participeront davantage les Premières Nations.

Le programme compte sur la participation d'une variété de partenaires, d'intervenants et de clients, dont les collectivités des Premières Nations et des Inuits, les conseils de quartier, les conseils tribaux, les organismes nationaux autochtones, les organismes non gouvernementaux, les organismes de santé, les ministères de la Santé provinciaux, les autorités régionales de la santé, les établissements d'enseignement postsecondaire, les associations, les professionnels de la santé et les administrateurs de programme.

L'objectif de ce programme est d'améliorer la prestation des programmes et des services de santé offerts aux Inuits et aux Premières Nations en renforçant la capacité des Inuits et des Premières Nations à planifier et à gérer leurs programmes et leur infrastructure.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 165 357 063 | 200 479 653 | 35 122 590 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par la réaffectation du financement provenant d'autres programmes au sein du Ministère.

## Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 68 | 100 | 32 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

## Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Qualité accrue de l'exécution des programmes et de la prestation des services. | # de communautés ayant accès à des services de santé agréés.<br><br>(mesure de référence 59 ) | 77 par le 31 mars 2015 | 126 |
| Les établissements de santé qui sont gérés par les Premières Nations et les Inuits sont sécuritaires. | % d'établissements de santé ayant fait l'objet d'une vérification intégrée et pour lesquels aucun problème grave n'a été relevé relativement à la propriété.<br><br>(mesure de référence 55) | 58* par le 31 mars 2015 | 79 |

* Cette cible représente une augmentation de 5 % par rapport à la mesure précédente. Les renseignements de base sur le pourcentage des problèmes graves relativement à la propriété observé au cours des vérifications intégrées des installations antérieures ont été utilisés pour établir la cible de 58 %.

### Analyse du rendement et leçons retenues

Pour le premier résultat attendu, l'objectif a été dépassé, alors que 126 communautés ont accédé à des services de santé agréés en 2014-2015, par comparaison avec l'objectif fixé à 77 collectivités. L'objectif relatif à la sécurité des installations de santé a été dépassé, alors que 79 % des 24 établissements de santé visés par une vérification intégrée des installations n'ont eu aucun problème majeur avec les installations, par comparaison avec l'objectif fixé à 58 %.

En 2014-2015, Santé Canada a tenu des discussions avec AADNC dans le but de collaborer aux inspections des installations et d'explorer des projets conjoints potentiels selon lesquels des gains d'efficacité (et par le fait même, des économies) pourraient être réalisés.

Le plan d'investissement à long terme (PILT) des établissements de santé établit un lien entre les exigences opérationnelles du programme, y compris les besoins et les risques actuels et futurs, et certaines propositions de projets d'immobilisations. Santé Canada a utilisé ce plan en tant qu'outil pour déterminer, évaluer et classer la priorité de projets d'immobilisation aux fins d'approbation et de mise en œuvre. En 2014-2015, sept projets pluriannuels et plus de 100 petits projets ont été financés grâce au PILT.

En 2014-2015, le cycle de planification régional du PILT a été synchronisé avec les nouveaux cycles de planification nationaux de Santé Canada, ce qui a permis de pleinement intégrer la planification des immobilisations aux processus de planification d'autres programmes. Cette démarche a entraîné un gain en efficacité et a entraîné une communication d'une clarté et d'une rapidité accrue aux partenaires des Premières Nations.

Santé Canada a continué de renforcer la collaboration avec AADNC en vue d'établir une approche exhaustive du développement communautaire fondée sur le Cadre de développement des Premières Nations (CDCPN). Plus de 400 participants ont suivi la formation connexe de 15 séances au cours de 2014-2015 qui a mis l'accent sur l'importance de la collaboration entre les organisations et les collectivités autochtones. Les participants regroupaient des représentants de Santé Canada, d'AADNC, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et d'autres ministères fédéraux, de même que des régies provinciales de santé.

Des évaluations de la situation avec les régions ont été réalisées afin de guider l'élaboration en continu d'un cadre de surveillance et d'information en accord avec les stratégies de surveillance des Premières Nations, des Inuits, des provinces et des territoires qui soit applicable tant dans les collectivités que dans les régions.

## Sous-sous programme 3.3.1.1 : *Planification de la santé et gestion de la qualité*

**Description**

Le programme Planification de la santé et gestion de la qualité administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir le renforcement des capacités des collectivités des Premières Nations et des Inuits.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les services suivants : la conception et la prestation de programmes et de services de santé grâce à la planification et à la gestion de programmes; l'amélioration continue du système de santé grâce à l'agrément; l'évaluation des programmes de santé et le soutien aux activités de développement des collectivités.

L'objectif du programme est d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuits à concevoir, gérer, évaluer et offrir des programmes et des services de santé.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant: Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 123 314 951 | 113 232 689 | -10 082 262 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 36 | 60 | 24 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Capacité accrue de fournir des programmes et des services de santé. | # d'organismes qui fournissent des services de santé communautaires agréés.<br><br>(mesure de référence 35) | 53 par le 31 mars 2015 | 60 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

L'agrément est un processus reconnu à l'échelle nationale et internationale qui vise à normaliser le niveau de qualité dans la planification, la gestion de la santé et la prestation des services. En évaluant la qualité des soins et des services qu'ils offrent et en comparant ceux-ci aux normes nationales d'excellence, les organismes peuvent mesurer précisément leur rendement opérationnel et clinique. Ils obtiennent ainsi une image claire de leurs points forts et des aspects à améliorer.

En 2014-2015, Santé Canada a augmenté le nombre de centres de santé communautaires accrédités, lequel est passé de 87 à 91, et majoré à 126 le nombre de collectivités qui bénéficient de services de première ligne dispensés par des centres de santé accrédités. À l'heure actuelle, il y a 45 centres de traitement de la toxicomanie et un poste infirmier qui sont en cours d'accréditation.

Santé Canada a mis en œuvre le Cadre d'amélioration de la qualité en se concentrant sur la formation du personnel. En 2014-2015, de la formation sur les outils et les techniques axées sur

l'amélioration de la prestation des services et des programmes a été préparée et donnée à quelque 150 employés.

## Sous-sous programme 3.3.1.2 : *Ressources humaines en santé*

**Description**

Le programme Ressources humaines en santé administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de promouvoir et de soutenir des services de santé de qualité à l'échelle de la collectivité en augmentant le nombre de personnes inuites ou des Premières Nations se dirigeant vers des carrières en santé et travaillant dans ce domaine ainsi qu'en s'assurant que les travailleurs communautaires possèdent des compétences et des attestations comparables à celles des travailleurs des systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux. Le programme compte sur la participation de nombreux intervenants, dont les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux, des organismes regroupant des professionnels de la santé, des organismes nationaux autochtones, des organismes non gouvernementaux, des associations et des établissements d'enseignement.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : bourses d'études dans le secteur de la santé; activités de promotion des carrières en santé; opportunités de stage et d'emploi d'été pour les étudiants; activités d'application des connaissances; formation des travailleurs communautaires du secteur de la santé et des gestionnaires de la santé; élaboration et mise en œuvre de la planification des ressources humaines en santé pour les associations de professionnels de la santé autochtones, fédérales, provinciales, territoriales, les établissements d'enseignement et les autres intervenants.

L'objectif du programme est d'accroître le nombre de personnes inuites et des Premières Nations qualifiées qui participent à la prestation des soins de santé.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant: Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 9 725 427 | 7 586 800 | -2 138 627 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par une réaffectation du financement à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 25 | 11 | -14 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par les économies réalisées en simplifiant les opérations tout en maintenant les services dispensés aux Canadiens.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Participation accrue de la population autochtone à des programmes d'études postsecondaires qui permettent d'entreprendre une carrière en santé. | # de bourses d'études offertes à la population autochtone par année.<br><br>(mesure de référence 340) | 425 par le 31 mars 2015 | 882 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) continue d'accroître le nombre d'Autochtones qui font carrière dans le domaine de la santé grâce à 882 bourses d'entretien et d'études par l'intermédiaire d'un partenariat continu avec la fondation Indspire, organisme de bienfaisance enregistré au Canada dirigé par des Autochtones. Dépassant l'objectif de 425 bourses, les investissements de Santé Canada ont soutenu des étudiants de diverses disciplines de la santé comme les soins infirmiers et la médecine, la pratique de sage-femme, la physiothérapie, la pharmacie, les techniques de laboratoire et la radiothérapie. En outre, l'IRHSA a financé des programmes de soutien aux études postsecondaires en milieux collégial et universitaire, notamment des programmes d'études postsecondaires d'accès ou de transition dans le domaine de la santé, l'adaptation de programmes, le mentorat, le tutorat, l'aide aux examens ainsi que des projets pour améliorer la compétence culturelle des professionnels de la santé en devenir.

L'IRHSA a également appuyé l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations afin que les gestionnaires en santé des collectivités des Premières Nations puissent recevoir une formation leur permettant d'améliorer la qualité et la gestion des services de santé dans les collectivités des Premières Nations. L'IRHAS a de plus appuyé la formation de travailleurs communautaires.

## Sous-sous programme 3.3.1.3 : *Établissements de santé*

**Description**

*Le programme Établissements de santé administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin d'offrir aux collectivités et aux fournisseurs de soins de santé les établissements nécessaires pour assurer la prestation de programmes et de services de santé de façon sécuritaire et efficace. Les dépenses ministérielles directes se rapportent aux conditions de travail du personnel de Santé Canada participant directement à la prestation des programmes et des services de santé aux collectivités des Premières Nations et des Inuits.*

*La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : investissement dans l'infrastructure, qui peut comprendre la construction, l'acquisition, la location, l'exploitation, l'entretien, l'agrandissement et/ou la rénovation des établissements de santé, et dans les services de sécurité; mesures correctives et préventives concernant l'infrastructure; amélioration des conditions de travail du personnel de Santé Canada en conservant ou en rétablissant la conformité au code du bâtiment, à la réglementation environnementale et aux normes en matière de santé et de sécurité au travail.*

*L'objectif du programme est de favoriser l'élaboration et la prestation de programmes et de services de santé grâce à des investissements dans l'infrastructure.*

*Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant: Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.*

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 32 316 685 | 79 660 164 | 47 343 479 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique principalement par la réaffectation de fonds provenant d'autres programmes au sein du Ministère afin de permettre des investissements en capital essentiels et prioritaires dans l'infrastructure en santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 7 | 20 | 13 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

*Résultats du rendement*

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les établissements de santé assurent l'exécution des programmes sont sécuritaires. | % de recommandations « hautement prioritaires » découlant des vérifications intégrées des établissements, qui sont traitées selon l'échéancier.<br><br>(mesure de référence 23) | 50* par le 31 mars 2015 | 51 |
| La capacité communautaire de gérer efficacement les régimes de santé permet d'appuyer les programmes et les services de santé. | # de bénéficiaires ayant signé des accords de contribution entrant en vigueur en 2011-2012 ou plus tard qui ont élaboré des plans de gestion pour l'exploitation et l'entretien de leur infrastructure sanitaire.<br><br>(mesure de référence 2) | 15 par le 31 mars 2015 | 45 |

* Santé Canada travaille à améliorer le processus de collaboration avec les communautés des Premières Nations pour codifier les facteurs des établissements. La mesure de référence de 23 % a été établi en 2012-13, et la cible de 50 % est basée pour être atteinte d'ici le 31 mars 2016. Voir la note complémentaire n° 5 à la page 36 pour obtenir plus de renseignements sur les cibles de mesure du rendement.

### Analyse du rendement et leçons retenues

*Pour le premier résultat attendu, l'objectif a été dépassé, alors que 51 % des recommandations « hautement prioritaires » découlant des vérifications intégrées des installations ont été prises en compte dans les délais prévus.*

*En 2014-2015, Santé Canada a apporté un soutien financier continu aux Premières Nations pour soutenir la réalisation de grands (construction) et de petits (rénovation et réfection) projets liés aux installations de santé. Parmi les grands projets financés dans le cadre du Plan d'investissement à long terme (PILT), pour la plupart pluriannuels, quatre projets de construction ont été menés à bien, un projet de construction échelonné sur trois ans a été amorcé et deux autres projets de construction ont été planifiés et conçus (prêts à lancer) de façon à ce que la construction puisse débuter dès que le financement est disponible. En outre, plus de 100 petits projets ont été réalisés avec succès. Ces projets avaient été planifiés et approuvés dans le PILT national.*

*Les Premières Nations continuent à leur réalisation malgré certains défis liés aux conditions météorologiques défavorables et la disponibilité des fournisseurs de services. Ces défis prennent parfois une ampleur inespérée lorsque les projets sont réalisés dans des collectivités éloignées ou isolées. Si ces facteurs ont parfois obligé le report des échéanciers de certains projets, ils n'ont toutefois pas nui à la prestation globale du programme en 2014-2015.*

Il est essentiel de remédier aux lacunes relevées lors des vérifications intégrées des établissements afin de s'assurer que les installations de santé sont sécuritaires pour ceux et celles qui dispensent des services de santé aux membres des Premières Nations. En 2014-2015, Santé Canada a appuyé les Premières Nations dans des projets visant à combler 47 lacunes des établissements de santé et à continuera de travailler avec les Premières Nations afin de remédier le plus rapidement possible aux lacunes restantes.

Au mois de mars 2015, 45 bénéficiaires avaient défini des plans de fonctionnement et d'entretien dans les accords de contribution qu'ils avaient signés, ce qui est nettement supérieur à la cible de 15. Ces accords ont permis de renforcer la capacité des collectivités à élaborer des plans pour la gestion du fonctionnement et de l'entretien de leur infrastructure de santé.

## Sous-programme 3.3.2 : Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits

**Description**

Le programme Transformation du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits intègre, coordonne et soutient des systèmes de santé novateurs offrant des services aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations grâce à l'administration des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes.

Ce programme est axé sur l'élaboration de démarches novatrices en matière de soins de santé primaires, les investissements durables relatifs aux technologies qui améliorent la prestation des services de santé et la gestion quant à l'élaboration de nouvelles initiatives et structures de gouvernance visant à accroître la participation des collectivités des Premières Nations et des Inuits à la conception et à la prestation de programmes et de services de santé au sein de leur collectivité, ainsi que le contrôle qu'elles exercent à ce sujet.

Par l'entremise de ce programme, Santé Canada mise sur la participation de différents partenaires, intervenants et clients, avec qui elle travaille en collaboration. Parmi ceux-ci se trouvent les collectivités inuites et des Premières Nations, les conseils tribaux, les organisations autochtones, les ministères de la Santé provinciaux, les autorités régionales de la santé, les établissements d'enseignement postsecondaire, les associations, les professionnels de la santé et les administrateurs de programme.

L'objectif de ce programme est de rendre les systèmes de santé des Inuits et des Premières Nations plus efficients et efficaces.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 40 194 557 | 39 444 860 | -749 697 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par une réaffectation du financement à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 57 | 90 | 33 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Les principaux intervenants en santé des Autochtones participent à l'intégration des services de santé. | % de comités consultatifs provinciaux et territoriaux au sein desquels les principaux intervenants de l'intégration des services de santé (Premières Nations et Inuits, provinces et territoires) sont représentés. | 100 par le 31 mars 2015 | 100 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, l'objectif fixé pour le résultat attendu a été atteint, alors que 100 % des comités consultatifs provinciaux et territoriaux comptaient parmi leurs membres des intervenants clés du domaine de l'intégration des services de santé, dont des représentants des Premières Nations, des Inuits, des provinces et des territoires. Par exemple, la région de l'Atlantique a participé à des tables trilatérales sur la santé en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador afin de favoriser l'intégration accrue des services axés sur la santé des collectivités des Premières Nations et des Inuits. À Keewatin, dans le nord de l'Ontario, des négociations tripartites ont abordé les enjeux uniques de la santé des collectivités du Nord. Au Nunavut, des négociations tripartites sur la santé ont porté sur l'amélioration de la santé des Inuits par une coordination accrue et l'établissement de priorités partagées. La région de l'Alberta, en collaboration avec la codirection, a élaboré un plan d'action mixte pour améliorer la santé des membres des Premières Nations. D'autres régions ont continué d'engager leurs organismes

provinciaux ou territoriaux respectifs dans divers mécanismes sur des approches coopératives de planification et de prestation de services.

En 2014-2015, Santé Canada a continué de faire progresser ses relations de travail avec les organismes des Premières Nations et des Inuits ainsi qu'avec les réseaux de santé provinciaux et territoriaux à l'échelle nationale et régionale. À l'échelle du pays, un protocole d'engagement a été élaboré par la DGSPNI et l'Assemblée des Premières Nations afin d'appuyer une norme d'engagement réciproquement acceptable pour les initiatives d'élaboration des politiques et des programmes de la DGSPNI.

La DGSPNI a poursuivi ses activités visant à simplifier l'administration des accords de contribution afin d'appuyer la prestation de services de santé de qualité. Elle a également collaboré avec AADNC au perfectionnement de l'outil d'évaluation générale d'AADNC, permettant ainsi aux régions d'effectuer une évaluation des risques associés aux ententes de financement en utilisant un seul outil. Une évaluation générale a été établie relativement aux ententes de financement de la DGSPNI de l'exercice 2015-2016.

Les efforts continus pour appuyer l'innovation regroupent le travail effectué avec les Premières Nations, les provinces et les territoires pour mettre en place, là où c'est possible, des services de télésanté et pour améliorer l'accès à des soins et services de santé pleinement intégrés dans les collectivités. Santé Canada a maintenu ses investissements et ses progrès actuels en cybersanté afin d'appuyer et de permettre la prestation de services de soins de santé primaires et publics modernes aux collectivités géographiquement éloignées, ce qui a permis de rehausser la qualité des services de santé dans ces collectivités.

## Sous-sous programme 3.3.2.1 : *Intégration de systèmes*

**Description**

Le programme Intégration des systèmes administre les accords de contribution et les dépenses ministérielles directes afin de mieux intégrer les programmes et les services de santé financés par le gouvernement fédéral à ceux qui sont financés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux.

Ce programme soutient le travail des partenaires relativement aux services de santé, y compris les Inuits et les Premières Nations, les conseils tribaux, les autorités de la santé régionales et de district, les régions, les organisations autochtones nationales, les organisations provinciales et territoriales, dans le but d'intégrer les systèmes de santé, les services et les programmes afin d'améliorer leur coordination et de faire en sorte qu'ils répondent mieux aux besoins des Inuits et des Premières Nations. Ce programme fait également la promotion de nouvelles ententes tripartites et il encourage leur utilisation.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les deux activités clés suivantes : l'élaboration de structures à plusieurs parties pour déterminer conjointement les priorités et les plans d'intégration pour poursuivre l'intégration des services de santé dans une province ou un territoire donné; la mise en œuvre de projets d'intégration sur plusieurs années et à grande

échelle conformes aux priorités convenues (p. ex. un cadre de santé publique à l'échelle de la province ou une planification et une prestation intégrées des services de santé mentale à l'échelle régionale).

L'objectif de ce programme consiste à améliorer l'efficacité du système de santé et à faire en sorte qu'il soit intégré pour un accès accru aux soins et l'amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant : Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 14 624 375 | 17 091 667 | 2 467 292 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par la réaffectation du financement à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 9 | 27 | 18 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Planification axée sur la collaboration et intégration accrues des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits. | % de collectivités inuites et des Premières Nations participant à un projet relatif aux Fonds d'intégration des services de santé qui affirment que les différentes administrations collaborent à la planification, à la prestation ou au financement des services de santé. | 100 par le 31 mars 2015 | 97 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

L'objectif fixé pour le résultat attendu n'a pas été atteint, alors que 501 des 518 collectivités ou 97 % des collectivités inuites et des Premières Nations participant à un projet du Fonds d'intégration des services de santé ont observé une hausse de la collaboration entre les administrations respectives prenant part à la planification, à l'exécution et/ou au financement des services de santé (par opposition à l'objectif qui était de 100 % des collectivités). Le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) a permis de financer 77 projets dans toutes les provinces et territoires. Ces projets ont aidé les collectivités et les organismes des Premières Nations et des Inuits à élaborer des approches novatrices afin d'intégrer les services de santé provinciaux et territoriaux. 518 collectivités ont participé à des activités d'intégration en collaboration avec 47 autorités sanitaires régionales et 18 partenaires non gouvernementaux.

Les Premières Nations et les Inuits, aux échelons régional et communautaire, sont en train de tisser leurs propres relations avec les provinces (en particulier les autorités sanitaires régionales), ce qui donne lieu à un accès amélioré à des soins ininterrompus. De nouvelles ententes et de nouveaux protocoles et modèles de soins ont été établis dans la foulée du financement du Fonds d'intégration des services de santé (FISS).

## Sous-sous programme 3.3.2.2 : *Infostructure cybersanté*

**Description**

Le programme Infostructure cybersanté administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes afin de soutenir et de maintenir l'utilisation et l'adoption de technologies appropriées en matière de santé qui permettent aux fournisseurs de soins de santé de première ligne d'améliorer la prestation des services de santé aux collectivités des Premières Nations et aux Inuits grâce aux partenariats en matière de cybersanté, aux technologies, aux outils et aux services. Les dépenses ministérielles directes appuient également la réalisation de projets nationaux destinés à étudier des systèmes d'information novateurs et des technologies des communications qui pourraient avoir des répercussions à l'échelle nationale.

La mise en œuvre de ce programme est axée sur les activités suivantes : la surveillance en santé publique; la prestation des services de santé (y compris les soins primaires et communautaires); les rapports, la planification et la prise de décisions en matière de santé ainsi que l'intégration et la compatibilité avec d'autres partenaires quant à la prestation de services de santé.

L'objectif de ce programme consiste à améliorer l'efficacité des services de santé offerts aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations grâce à l'utilisation de technologies de cybersanté dans le but de définir, de recueillir, de communiquer, de gérer, de diffuser et d'utiliser les données.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant: Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 25 570 182 | 22 353 193 | -3 216 989 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues s'explique en grande partie par la réaffectation du financement à l'intérieur du même résultat stratégique afin de répondre aux besoins du programme.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 48 | 63 | 15 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels est attribuable en grande partie à un rajustement des ressources prévues afin de répondre aux besoins du programme.

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Accès accru au service d'infostructure de la cybersanté. | # de collectivités des Premières Nations qui utilisent Panorama ou un système public équivalent d'information sur la santé.<br><br>(mesure de référence 0) | 24 par le 31 mars 2015 | 33 |
| Intégration des systèmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits. | # de sites de télésanté mis sur pied.<br><br>(mesure de référence 240) | 250 par le 31 mars 2015 | 218 |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En 2014-2015, 33 collectivités des Premières Nations utilisaient Panorama ou un système d'information sur la santé publique équivalent, ce qui dépasse l'objectif visé de 24 collectivités. Le module d'inventaire de Panorama a été déployé dans sept lieux de dépôt des Premières Nations de la région de la Saskatchewan et dans 11 collectivités des Premières Nations de la région de Québec. Le module de l'immunisation de Panorama a été déployé dans 15 collectivités des Premières Nations.

En 2014-2015, on visait la mise en œuvre de 250 sites de télésanté suivant l'objectif relatif à la mise en place de 10 nouveaux sites en plus des 240 sites existants. Cet objectif a été dépassé, alors que 19 nouveaux sites ont été mis en place en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et au Québec. L'objectif global de 250 sites n'a pas été atteint, car un certain nombre de sites parmi les

240 sites existants n'étaient pas opérationnels en 2014-2015. Ces sites n'ont pas été pris en compte dans les résultats. Dans ce cas, l'équipement avait été acheté, mais il n'avait pas encore été utilisé. Les facteurs qui ont des répercussions sur les opérations comprennent : les retards pour obtenir les mises à jour de connectivité, l'installation des tours, la certification par le réseau provincial de télésanté, les défis liés au recrutement, le financement et les problèmes d'infrastructure.

Les progrès de Santé Canada à ce chapitre ont souligné l'importance de consacrer le temps nécessaire pour nouer des relations fructueuses entre les partenaires fédéraux, provinciaux et des Premières Nations, d'accroître les capacités en ressources humaines dans les réserves et d'établir l'accès au réseau provincial.

Il ressort de l'expérience acquise que la connectivité à large bande durable est indispensable à la modernisation de la prestation à l'échelle communautaire de services de santé (en particulier la télésanté) dans les collectivités des Premières Nations. La qualité de la connectivité est directement liée à la qualité et à l'éventail des services cliniques de télésanté accessibles aux collectivités. En l'absence de services à large bande, tout effort pour mettre en œuvre une infostructure de cybersanté intégrant la télésanté, comme le système Panorama et les dossiers médicaux électroniques, serait voué à l'échec.

Des travaux ont été amorcés pour la création d'une stratégie d'établissement des dossiers médicaux électroniques dans les collectivités des Premières Nations et la mise sur pied d'un projet national de dossiers médicaux électroniques destiné à faire progresser cette stratégie. De plus, le projet pilote pluriannuel des dossiers médicaux électroniques au Manitoba a franchi une étape de plus grâce au lancement de l'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée et à un processus d'achat pour lancer des appels d'offres auprès de fournisseurs afin d'acquérir une solution de gestion de tels dossiers.

## Sous-programme 3.3.3 : *Gouvernance tripartite en matière de santé*

**Description**

L'approche stratégique à long terme de la DGSPNI vise à une meilleure intégration des programmes de santé fédéraux et provinciaux offerts aux Premières Nations ainsi que l'amélioration de l'accès aux programmes de santé, la réduction du chevauchement des services et l'augmentation de l'efficacité lorsque possible.

L'initiative tripartite de la C.-B. vise la conclusion d'accords entre le gouvernement du Canada, le gouvernement de la C.-B. et les Premières Nations de la C.-B. Depuis 2006, les parties ont négocié et mis en œuvre une série d'ententes tripartites pour faciliter la mise en œuvre de projets liés à la santé ainsi que l'élaboration d'une structure de gouvernance pour la santé des Premières Nations. En 2011, les ministres de la Santé du gouvernement fédéral et de la C.-B. et les Premières Nations de la C.-B. ont signé l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, un document exécutoire.

L'Accord-cadre tripartite de la C.-B. s'engage à la création d'une nouvelle ASPN pour l'ensemble de la province. Cette ASPN assumera la responsabilité de la conception, de la gestion, de la prestation et du financement des programmes de santé destinés aux Premières Nations en C.-B. L'ASPN sera gérée par les Premières Nations et elle collaborera avec la province à la coordination des programmes de santé. Elle pourra concevoir ou modifier des programmes de santé en fonction de ses régimes de santé. Santé Canada demeurera un bailleur de fonds et un partenaire de gouvernance, mais il n'aura plus de rôle à jouer dans la conception et la prestation des programmes.

Le financement dans le cadre de ce programme est restreint à l'ASPN pour la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B.

L'objectif du programme est de permettre à la nouvelle ASPN de mettre au point et d'offrir des services de santé de qualité qui prévoient une étroite collaboration et une intégration avec les services de santé provinciaux.

Ce programme utilise des fonds provenant du paiement de transfert suivant: Soutien à l'infrastructure de la santé des Premières Nations et des Inuits.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Dépenses prévues 2014-2015 | Dépenses réelles 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 398 626 159 | 400 265 691 | 1 639 532 |

Remarque : L'écart entre les dépenses réelles et les dépenses prévues est surtout attribuable au financement supplémentaire transféré à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B. afin d'appuyer la tenue d'activités globales de planification de la santé. Cet écart est compensé par des réductions associées aux Premières Nations autonomes en C.-B.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 |

### Résultats du rendement

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| Responsabilité réciproque des partenaires de l'Accord tripartite sur la gouvernance, tel qu'il est indiqué à la section 2.2 de l'Accord-cadre | % des activités de partenariat et de mobilisation prévues qui ont été mises en œuvre, tel qu'il est prévu à la section 8 de l'Accord. | 100 par le 31 mars 2016 | 100 |

| Résultats attendus | Indicateurs de rendement | Cibles | Résultats réels |
|---|---|---|---|
| tripartite de la C.-B. sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. | | | |

**Analyse du rendement et leçons retenues**

En octobre 2014, Santé Canada a souligné le premier anniversaire du transfert, à la nouvelle ASPN, des fonctions fédérales et des responsabilités des opérations de gestion et de prestation des programmes et services de santé aux Premières Nations de la C.-B.

La Régie a assumé avec succès les responsabilités à l'égard des politiques, de la planification, de la conception et de la prestation de programmes et de services de santé. Elle a également amorcé une transformation graduelle de la façon dont les programmes des Premières Nations sont administrés. La Régie travaille plus étroitement avec les acteurs du système de santé provincial afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la réactivité des services de santé par l'intermédiaire de partenariats avec d'autres régies régionales. Les Premières Nations sont aussi en position de concevoir et de planifier leurs programmes et services de santé de manière à ce qu'ils reflètent les connaissances, les croyances et les valeurs de leur culture.

Au cours de la période qui a suivi le transfert, la relation de Santé Canada avec les Premières Nations de la C.-B. a évolué. Santé Canada demeure un bailleur de fonds et un partenaire de la gouvernance qui appuie les processus d'intégration et de reddition des comptes. Santé Canada et l'Autorité sanitaire des Premières Nations redéfinissent aussi actuellement leur partenariat en collaborant à la planification et à l'établissement des priorités en plus d'explorer des approches plus globales du bien-être dans le contexte de la santé. En 2014-2015, Santé Canada a atteint son objectif qui consistait à entreprendre 100 % des activités de partenariat et de mobilisation prévues, conformément à l'engagement pris à l'article 8 de l'Accord-cadre tripartite de la C.-B.

En 2014-2015, Santé Canada a continué de faire évoluer ses relations de travail avec les organismes des Premières Nations et des Inuits ainsi qu'avec les réseaux de santé provinciaux et territoriaux, tant à l'échelle nationale que régionale. À l'échelle nationale, un protocole d'engagement a été élaboré par la DGSPNI et l'Assemblée des Premières Nations (APN) afin d'appuyer une norme d'engagement réciproquement acceptable pour les initiatives d'élaboration des politiques et des programmes de la DGSPNI. À l'échelle régionale, la région de l'Atlantique a participé à des discussions trilatérales sur la santé qui se sont déroulées en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador afin de favoriser l'intégration accrue des services axés sur la santé des collectivités inuites et des Premières Nations en santé.

Des négociations tripartites sur la santé avec les aînés de Keewatin ont été tenues en vue de résoudre les problèmes en matière de santé dans le nord de l'Ontario tels qu'ils ont été décrits par la Nation nishnawbe-aski et le Grand Council Treaty n°3. Au Nunavut, des négociations tripartites sur la santé ont visé l'amélioration de la santé des Inuits en favorisant des efforts de coordination renforcés et en déterminant les priorités et les occasions communes d'actions conjointes entre Nunavut Tunngavik Inc., le gouvernement du Nunavut et Santé Canada. La

région de l'Alberta, en collaboration avec la codirection, a élaboré un plan d'action mixte pour améliorer la santé des membres des Premières Nations. D'autres régions ont continué de faire participer leurs organismes provinciaux ou territoriaux respectifs à divers mécanismes sur des approches coopératives de planification et de prestation de services.

## Services internes

### Description

Les services internes sont des groupes d'activités et de ressources connexes qui sont gérés de façon à répondre aux besoins des programmes et des autres obligations générales d'une organisation. Ces groupes sont les suivants : services de gestion et de surveillance, services des communications, services juridiques, services de gestion des ressources humaines, services de gestion des finances, services de gestion de l'information, services des technologies de l'information, services de gestion des biens immobiliers, services de gestion du matériel, services de gestion des acquisitions et services de gestion des voyages et autres services administratifs. Les services internes comprennent uniquement les activités et les ressources destinées à l'ensemble d'une organisation et non celles fournies à un programme particulier.

### Ressources financières budgétaires (en dollars)

| Budget principal des dépenses 2014-2015 | Dépenses prévues 2014-2015 | Autorisations totales pouvant être utilisées 2014-2015 | Dépenses réelles (autorisations utilisées) 2014-2015 | Écart (dépenses réelles moins dépenses prévues) 2014-2015 |
|---|---|---|---|---|
| 271 484 025 | 271 531 249 | 347 762 172 | 343 595 169 | 72 063 920 |

Remarque : L'écart de 76,2 millions de dollars entre les dépenses prévues et les autorisations totales s'explique en grande partie par des reports du budget de fonctionnement, le remboursement des dépenses admissibles au chapitre de la rémunération et des services professionnels et spéciaux associés aux paiements à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) aux termes de l'entente de partenariat de services partagés (consulter la note de bas de page 3 à la page 31 pour obtenir des précisions concernant les exigences en matière de rémunération).

L'écart de 4,2 millions de dollars entre les autorisations totales et les dépenses réelles s'explique surtout par des changements au calendrier de certains projets d'investissement.

### Ressources humaines (ETP)

| Prévu 2014-2015 | Réel 2014-2015 | Écart (nombre réel moins nombre prévu) 2014-2015 |
|---|---|---|
| 2,082 | 2,216 | 134 |

Remarque : L'écart entre les ETP prévus et les ETP réels s'explique principalement par le transfert à Santé Canada d'ETP provenant de l'ASPC et est associé au modèle du portefeuille de la Santé du partenariat pour les services partagés.

**Analyse du rendement et leçons retenues**

Santé Canada s'est employé à s'assurer que tous les Canadiens aient accès à l'information dont ils ont besoin pour prendre des mesures quant à leur santé et à leur sécurité. Tout au long de l'exercice, un grand nombre d'événements, de vidéos et d'initiatives de médias sociaux ont été conçus pour appuyer le mandat de la ministre de même que pour consulter les Canadiens et les informer.

Santé Canada a élargi l'accès et l'échange de renseignements ouverts et transparents sur les programmes, les politiques et la réglementation de Santé Canada en poursuivant la mise en œuvre du Cadre réglementaire de transparence et d'ouverture en matière de réglementation et de son Plan d'action et en inaugurant le Système de gestion de l'information sur les consultations et les intervenants (SGICI).

Santé Canada a continué de progresser vers l'adoption d'une méthode commune en matière de communication des risques sur le plan réglementaire en élaborant des outils et mécanismes améliorés de communication des risques. Le Ministère a répondu rapidement et efficacement à la crise du virus Ebola et a pris des mesures en matière de communication appuyant les travaux de Santé Canada et de l'ASPC.

Santé Canada a aussi élaboré des produits, services et voies de communication innovants, dont des campagnes de marketing social et des initiatives destinées à accroître la sensibilisation et les connaissances sur de grands enjeux de la santé et de la sécurité, comme la prévention de la consommation de drogues illicites, la campagne sur les médias sociaux canadiens, les activités centrées sur l'arrêt du tabagisme, le recrutement dans le cadre de la crise provoquée par Ebola, la résistance antimicrobienne et la maladie de Lyme.

Par l'intermédiaire du Partenariat des services partagés (PSP), de nombreuses initiatives de modernisation et de transformation à l'échelle du gouvernement ont progressé, dont celles qui suivent :

- Harmonisation avec les orientations des organismes centraux pour s'assurer d'être prêts au moment où ces initiatives s'engageront dans la mise en place d'une plateforme commune de messagerie électronique, y compris d'une nouvelle norme sur la gestion du courriel, en offrant entre autres des séances de formation sur la gestion efficace des courriels et des messages adressés périodiquement au personnel.

- Déploiement réussi de Windows 7 aux appareils électroniques connectés au réseau avec les appareils restants.
- Évaluation de tous les secteurs de programme pour assurer le niveau de conformité de la tenue des dossiers en prévision d'un système de gestion des dossiers du gouvernement du Canada.
- Progrès touchant la migration des lignes fixes aux technologies cellulaires pour le personnel.
- Transition continue vers un lieu de travail modernisé grâce à des projets de normalisation et d'actualisation des postes de travail dans différents immeubles de plusieurs régions.
- Mise à l'essai réussie de tous les systèmes associés à une initiative interministérielle (dirigée par l'Agence des services frontaliers du Canada) visant à instaurer un guichet unique permettant aux importateurs de présenter par voie électronique toute l'information requise pour assurer la conformité à la réglementation fédérale en matière d'importation.

Santé Canada a entrepris les initiatives suivantes qui ont permis d'améliorer les processus internes et d'offrir à ses clients et à la population canadienne des services d'une qualité accrue :

- Transition réussie de l'ASPC vers le nouveau SGESC, en partenariat avec AADNC. Tous les paiements effectués en 2014-2015 ont été traités en utilisant le module de paiement du SGESC.
- Mise en œuvre continue de la modernisation de la Direction de la gestion des ressources visant à améliorer sans cesse les processus appuyant la gestion des ressources et l'analyse financière au sein de Santé Canada.
- Mise en œuvre de la stratégie de surveillance continue fondée sur les risques pour le contrôle interne des rapports financiers pour Santé Canada et les principaux contrôles communs de l'ASPC liés aux états financiers.
- Lancement du projet de planification pour le rendement de l'entreprise (PRE).
  En 2014-2015, le projet de PRE a réussi à démontrer la faisabilité et la valeur à l'échelle ministérielle de la transformation des processus et des systèmes opérationnels et financiers existants de Santé Canada. Ce projet a pour but de créer un environnement normalisé de planification et de rapports qui intègre pleinement les exigences des intervenants de tout le Ministère, tant en matière de données opérationnelles que de données financières, à l'intérieur de la plateforme de système financier (SAP) de Santé Canada. Il en résultera un degré d'harmonisation élevé entre, d'une part, les activités financières et non financières de planification et de rapports et, d'autre part, les priorités de Santé Canada et des ministères partenaires.
- À l'appui du Partenariat des services partagés, mise en œuvre réussie à Santé Canada et à l'ASPC des nouveaux produits et outils des services de voyage partagés, comme la carte de voyage du gouvernement, l'outil de réservation en ligne, l'outil de gestion des dépenses et les services d'agence de voyages.
- Migration réussie du système financier Oracle au SAP, tout comme AADNC, qui a mis en service le SAP et les liens d'interface avec le SGESC au cours de l'exercice 2014-2015.

Santé Canada prend part à la Stratégie fédérale de développement durable pour le Canada de 2013-2016 et contribue, par le biais du programme de services internes, à l'atteinte des cibles du

quatrième thème (écologisation des opérations gouvernementales). Plus des détails au sujet des activités de Santé Canada en matière d'écologisation figurent au Tableau de renseignements supplémentaire sur la Stratégie fédérale de développement durable[ix].

# Section III : Renseignements supplémentaires

## Faits saillants des états financiers

État condensé des opérations (non audité)
Pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015 (en dollars)

| Information financière | Résultats attendus 2014-2015 | Résultats réels 2014-2015 | Résultats réels 2013-2014 | Écart (résultats réels 2014-2015 moins résultats attendus 2014-2015) | Écart (résultats réels 2014-2015 moins résultats réels 2013-2014) |
|---|---|---|---|---|---|
| Total des charges | 3 987 908 000 | 3 983 213 000 | 3 935 992 000 | (4 695 000) | 47 221 000 |
| Total des revenus | 271 623 000 | 285 324 000 | 259 814 000 | 13 701 000 | 25 510 000 |
| Coût de fonctionnement net avant le financement du gouvernement et les transferts | 3 716 285 000 | 3 697 889 000 | 3 676 178 000 | (18 396 000) | 21 711 000 |

Le total des dépenses du Ministère étaient de 4,0 milliards de dollars en 2014-2015.

On constate une diminution de 4,7 millions de dollars en comparant les dépenses réelles et les prévisions de 2014-2015. Cette diminution est principalement due à la variance des redressements comptables concernant les indemnités de départ et les passifs éventuels.

On constate une augmentation d'environ 47,2 millions de dollars en comparant les dépenses réelles sur douze mois. Les changements importants sont les suivants :

- Une augmentation de 96,5 millions de dollars des paiements de transfert principalement due aux débours liés à l'Autorité sanitaire des Premières Nations selon l'Accord-cadre tripartite de la C.-B.
- Une augmentation de 15,1 millions de dollars des coûts des voyages des patients non assurés due à l'augmentation des coûts du transport et une demande accrue durant l'année comparativement à l'exercice précédent.
- Une augmentation de 8,2 millions de dollars en services publics, en matériel et en approvisionnement témoignant de l'augmentation des dépenses en médicaments et en fournitures médicales, lesquels répondent à la demande et peuvent varier d'année en année.

*Ces augmentations sont compensées par :*

- *Une diminution de 16,4 millions de dollars en salaire et en avantages sociaux en grande partie liée aux paiements effectués au cours de 2014-2015 pour des rajustements rétroactifs et la liquidation des avantages et des créditeurs d'congés payables en vertu du règlement des ententes des conventions collectives signées au courant de l'exercice précédent. La diminution est compensée par une augmentation des dispositions sur l'indemnité de départ.*
- Une diminution de 16,6 millions de dollars en services professionnels et spéciaux en raison de la diminution des coûts des services informatiques par l'entremise de l'établissement de contrats gérés de manière centralisée pour les infirmiers temporaires ainsi que la réduction de l'emploi des infirmiers temporaires par région en raison de l'augmentation du niveau de dotation.
- Une diminution des 19,1 millions de dollars d'autres dépenses en raison de l'annulation d'une provision pour passif éventuel.

Le revenu total du Ministère était de 281,1 millions de dollars en 2014-2015, ce qui représente une augmentation de 26,5 millions de dollars des revenus actuels par rapport à l'exercice précédent. Cette augmentation est principalement due à :

- Une augmentation de 10,2 millions de dollars en services autres que de réglementation provenant de l'ASPC témoignant d'un exercice complet d'opérations sous l'Accord-cadre tripartite de la C.-B. afin de recouvrir les dépenses pour le Programme des SSNA.
- Une augmentation de 8,2 millions de dollars en services de réglementation en raison de l'augmentation du volume de présentations de médicaments aux fins d'évaluation et de l'augmentation des frais liés à ces évaluations.

*Ces augmentations sont compensées par :*

- Une diminution de 11,3 millions de dollars des revenus des droits et privilèges en raison du changement dans les calendriers d'entrée de licences d'établissement observé lors de l'exercice précédent.

État condensé de la situation financière (non audité)
Au 31 mars 2015 (en dollars)

| Information financière | 2014-2015 | 2013-2014 | Écart (2014-2015 moins 2013-2014) |
|---|---|---|---|
| Total des passifs nets | 445 179 000 | 631 229 000 | (186 050 000) |
| Total des actifs financiers nets | 291 000 000 | 302 286 000 | (11 286 000) |
| Dette nette du ministère | 154 179 000 | 328 943 000 | (123 764 000) |

| Information financière | 2014–2015 | 2013–2014 | Écart (2014–2015 moins 2013–2014) |
|---|---|---|---|
| Total des actifs non financiers | 130 776 000 | 129 386 000 | 1 390 000 |
| Situation financière nette du ministère | (134 359 000) | (259 479 000) | 125 120 000 |

Le total des passifs nets était de 546,8 millions de dollars à la fin de 2014-2015, une diminution de 104,5 millions de dollars comparativement à l'exercice précédent comprenant :

- Une diminution de 88,1 millions de dollars en raison des paiements effectués à Inforoute Santé Canada Inc., diminuant ainsi les passifs provenant des budgets de 2007 et de 2009.
- Une diminution de 33,0 millions de dollars pour l'annulation d'un passif éventuel comptabilisé.
- Une compensation par une augmentation de 14,3 millions de dollars en avantages sociaux futurs en raison d'un changement des taux actuariels déterminés pour calculer les passifs.

L'augmentation sur 12 mois du total des actifs financiers nets de 19,3 millions de dollars est principalement due à l'augmentation du montant à recevoir du Trésor témoignant des modifications des créditeurs et des charges à payer.

L'augmentation du total des actifs non financiers de 1,4 millions de dollars est le résultat des dépenses en capital telles qu'approuvées dans le budget principal des dépenses, moins l'amortissement.

## États financiers

Les états financiers, y compris l'Annexe à la Déclaration de responsabilité de la direction englobant les contrôles internes en matière de rapports financiers, peuvent être consultés sur le site Web de Santé Canada[lx].

## Tableaux de renseignements supplémentaires

Les tableaux de renseignements supplémentaires du *Rapport ministériel sur le rendement 2014-2015* sont disponibles sur le site Web de Santé Canada[lxi].

- Audits internes et évaluations;
- Financement pluriannuel initial;
- Frais d'utilisation, redevances réglementaires et frais externes;
- Initiatives horizontales;
- Renseignements sur les programmes de paiements de transfert de 5 millions de dollars ou plus;

- Réponse aux comités parlementaires et aux audits externes,
- Stratégie ministérielle de développement durable.

## Dépenses fiscales et évaluations

Il est possible de recourir au régime fiscal pour atteindre des objectifs de la politique publique en appliquant des mesures spéciales, comme de faibles taux d'impôt, des exemptions, des déductions, des reports et des crédits. Le ministère des Finances Canada publie annuellement des estimations et des projections du coût de ces mesures dans une publication intitulée *Dépenses fiscales et évaluations*[lxii]. Les mesures fiscales présentées dans ladite publication relèvent de la seule responsabilité du ministre des Finances.

# Section IV : Coordonnées de l'organisation

**Marc Desjardins**
Directeur général
Santé Canada
BUREAU DU DIRECTEUR GÉNÉRAL
200, promenade Églantine, Pré Tunney
Ottawa Ontario K1A 0K9
Téléphone : 613-948-6357
Télécopieur : 613-946-0807
marc.desjardins@hc-sc.gc.ca

# Annexe : Définitions

**Architecture d'alignement des programmes** (*Program Alignment Architecture*) : Répertoire structuré de tous les programmes d'un ministère ou organisme qui décrit les liens hiérarchiques entre les programmes et les liens aux résultats stratégiques auxquels ils contribuent.

**Cadre pangouvernemental** (*whole-of-government framework*) : Schéma représentant la contribution financière des organisations fédérales qui dépendent de crédits parlementaires en harmonisant leurs programmes avec un ensemble de 16 secteurs de résultat pangouvernementaux de haut niveau regroupés sous 4 secteurs de dépenses.

**Cible** (*target*) : Niveau mesurable du rendement ou du succès qu'une organisation, un programme ou une initiative prévoit atteindre dans un délai précis. Une cible peut être quantitative ou qualitative.

**Crédit** (*appropriation*) : Autorisation donnée par le Parlement d'effectuer des paiements sur le Trésor.

**Dépenses budgétaires** (*budgetary expenditures*) : Les dépenses budgétaires comprennent les dépenses de fonctionnement et en capital; les paiements de transfert à d'autres ordres de gouvernement, à des organisations ou à des particuliers; et les paiements à des sociétés d'État.

**Dépenses non budgétaires** (*non-budgetary expenditures*) : Recettes et décaissements nets au titre de prêts, de placements et d'avances, qui modifient la composition des actifs financiers du gouvernement du Canada.

**Dépenses législatives** (*statutory expenditures*) : Dépenses approuvées par le Parlement à la suite de l'adoption d'une loi autre qu'une loi de crédits. La loi précise les fins auxquelles peuvent servir les dépenses et les conditions dans lesquelles elles peuvent être effectuées.

**Dépenses prévues** (*planned spending*) : En ce qui a trait aux RPP et aux RMR, les dépenses prévues s'entendent des montants approuvés par le Conseil du Trésor au plus tard le 1er février. Elles peuvent donc comprendre des montants qui s'ajoutent aux dépenses prévues indiquées dans le budget principal des dépenses.

Un ministère est censé être au courant des autorisations qu'il a demandées et obtenues. La détermination des dépenses prévues relève du ministère, et ce dernier doit être en mesure de justifier les dépenses et les augmentations présentées dans son RPP et son RMR.

**Dépenses votées** (*voted expenditures*) : Dépenses approuvées annuellement par le Parlement à la suite de l'adoption d'une loi de crédits. Le libellé du crédit régit les conditions dans lesquelles ces dépenses peuvent être effectuées.

**Équivalent temps plein** (*full-time equivalent*) : Mesure utilisée pour déterminer dans quelle mesure un employé représente une année-personne complète dans le budget ministériel. L'équivalent temps plein est calculé en fonction du coefficient des heures de travail assignées et des heures normales de travail. Les heures normales de travail sont établies dans les conventions collectives.

**Indicateur de rendement** (*performance indicator*) : Moyen qualitatif ou quantitatif de mesurer un extrant ou un résultat en vue de déterminer le rendement d'une organisation, d'un programme, d'une politique ou d'une initiative par rapport aux résultats attendus.

**Plan** (*plan*) : Exposé des choix stratégiques qui montre comment une organisation entend réaliser ses priorités et obtenir les résultats connexes. De façon générale, un plan explique la logique qui sous-tend les stratégies retenues et tend à mettre l'accent sur des mesures qui se traduisent par des résultats attendus.

**Priorité** (*priorities*) : Plan ou projet qu'une organisation a choisi de cibler et dont elle rendra compte au cours de la période de planification. Il s'agit de ce qui importe le plus ou qui doit être fait en premier pour appuyer la réalisation du ou des résultats stratégiques souhaités.

**Production de rapports sur le rendement** (*performance reporting*) : Processus de communication d'information sur le rendement fondée sur des éléments probants. La production de rapports sur le rendement appuie la prise de décisions, la responsabilisation et la transparence.

**Programme** (*program*) : Groupe d'intrants constitué de ressources et d'activités connexes qui est géré pour répondre à des besoins précis et pour obtenir les résultats visés, et qui est traité comme une unité budgétaire.

**Programme temporisé** (*sunset program*) : Programme ayant une durée fixe et dont le financement et l'autorisation politique ne sont pas permanents. Ce programme est aussi appelé programme à durée temporaire ou programme à élimination graduelle. Lorsqu'un tel programme arrive à échéance, une décision doit être prise quant à son maintien. Dans le cas d'un renouvellement, la décision précise la portée, le niveau de financement et la durée.

**Rapport ministériel sur le rendement** (*Departmental Performance Report*) : Rapport traitant des réalisations concrètes d'une organisation qui dépend de crédits parlementaires

au regard des plans, des priorités et des résultats attendus exposés dans le rapport sur les plans et les priorités correspondant. Ce rapport est déposé au Parlement à l'automne.

**Rapport sur les plans et les priorités** (*Report on Plans and Priorities*) : Rapport fournissant des renseignements au sujet des plans et du rendement prévu sur trois ans d'une organisation qui dépend de crédits parlementaires. Ces rapports sont déposés au Parlement chaque printemps.

**Rendement** (*performance*) : Utilisation qu'une organisation a faite de ses ressources en vue d'obtenir ses résultats, mesure dans laquelle ces résultats ses comparent à ceux que l'organisation souhaitait obtenir, et mesure dans laquelle les leçons apprises ont été cernées.

**Résultat** (*result*) : Conséquence externe attribuable en partie aux activités d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Les résultats ne relèvent pas d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative unique, mais ils s'inscrivent dans la sphère d'influence de l'organisation.

**Résultat stratégique** (*Strategic Outcome*) : Avantage durable et à long terme pour les Canadiens qui est rattaché au mandat, à la vision et aux fonctions de base d'une organisation.

**Résultats du gouvernement du Canada** (*Government of Canada outcomes*) : Ensemble de 16 objectifs de haut niveau établis pour l'ensemble du gouvernement et regroupés selon 4 secteurs de dépenses : affaires économiques, affaires sociales, affaires internationales et affaires gouvernementales.

**Structure de la gestion, des ressources et des résultats** (*Management, Resources and Results Structure*) : Cadre exhaustif comprenant l'inventaire des programmes, des ressources, des résultats, des indicateurs de rendement et de l'information de gouvernance d'une organisation. Les programmes et les résultats sont présentés d'après le lien hiérarchique qui les unit, et les résultats stratégiques auxquels ils contribuent. La Structure de la gestion, des ressources et des résultats découle de l'architecture d'alignement des programmes.

# Notes de fin de document

[i] **Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada**, http://www.tbs-sct.gc.ca/

[ii] **Loi canadienne sur la santé**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/

[iii] **Loi canadienne sur la sécurité des produits de consommation**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-1.68/

[iv] **Loi canadienne sur la protection de l'environnement (1999)**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-15.31/

[v] **Loi réglementant certaines drogues et autres substances**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/

[vi] **Loi sur les aliments et drogues**, http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/F-27/

[vii] **Loi sur le tabac**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/T-11.5/

[viii] **Loi sur les produits dangereux**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-3/index.html

[ix] **Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-2.7/

[x] **Loi sur le ministère de la Santé**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/H-3.2/index.html

[xi] **Loi sur les dispositifs émettant des radiations**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/R-1/

[xii] **Loi sur les produits antiparasitaires**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-9.01/

[xiii] **Liste des lois et règlements**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/legislation/acts-reg-lois/acts-reg-lois-fra.php

[xiv] **Hazardous Products Regulations**, http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2015-17/

[xv] **Economic Action Plan 2014 Act, No.1**, http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/annualstatutes/2014_20/

[xvi] **Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2014_24/page-1.html

[xvii] **Règlement sur les aliments et drogues**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._870/

[xviii] **Transparence et ouverture en matière de réglementation**, http://www.hc-sc.gc.ca/home-accueil/rto-tor/index-fra.php

[xix] **Décisions sur les aliments nouveaux**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/gmf-agm/appro/index-fra.php

[xx] **Pomme Artic**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/gmf-agm/appro/arcapp-arcpom-fra.php

[xxi] **Cadre pangouvernemental**, http://www.tbs-sct.gc.ca/ppg-cpr/frame-cadre-fra.aspx

[xxii] **Comptes publics du Canada 2015**, http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/recgen/cpc-pac/index-fra.html

[xxiii] **Évaluation de l'Initiative d'information sur la santé**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2013-hii-iis-fra.php

[xxiv] **Évaluation des Services d'aide aux employés**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/eas-esa-fra.php

[xxv] **Lois sur les langues officielles**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/O-3.01/

[xxvi] **Outil de suivi d'inspection : Établissements de fabrication de médicaments**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/pubs/compli-conform/tracker-suivi-fra.php

[xxvii] **Inspections des médicaments et des produits de santé**, http://canadiensensante.gc.ca/drugs-products-medicaments-produits/inspections/index-fra.php?_ga=1.243881350.261171030.1409863542

[xxviii] **Registre des médicaments et des produits de santé**, https://hpr-rps.hres.ca/search-recherche-fra.php

[xxix] **Évaluation du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation de 2008-2009 à 2012-2013**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2014-food_safety-alimentaire_securite-fra.php

[xxx] **Ligne directrice à l'intention de l'industrie – Examen des marques nominatives de médicament**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/pubs/medeff/_guide/2014-review-examen_drug-medicament_names-marques/index-fra.php

[xxxi] **Résumés d'examens de l'innocuité**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/reviews-examens/index-fra.php

[xxxii] **Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/reg-init/cell/cto_regs_rias-reir-fra.php

[xxxiii] **Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée**, http://laws.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-96-254/

xxxiv *Règlement sur le sang*, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/brgtherap/applic-demande/guides/blood-reg-sang-fra.php

xxxv **Évaluation du Programme des produits biologiques**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/biologics-biologiques-fra.php

xxxvi **Règlement sur les instruments médicaux**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-98-282/

xxxvii **Règlement sur les produits de santé naturels**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2003-196/

xxxviii **Politique de gestion des demandes**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/legislation/pol/pla-dlmm_manage-gestion-fra.php

xxxix **Calendrier semestriel des activités de la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance : de janvier à juin 2015**, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/activit/calend/06-2015-fra.php

xl **Guide alimentaire canadien**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php

xli **Évaluation du Plan d'action pour assurer la sécurité des produits alimentaires et de consommation**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/2014-food_safety-alimentaire_securite-fra.php

xlii **Étiquetage relatif à la cuisson et à la manipulation sécuritaires de la viande et de la volaille hachées crues**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/guide-ld/guide-cook-cuiss-meat-viand-fra.php

xliii **Produits de bœuf attendris mécaniquement**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/legislation/guide-ld/mech-tenderized-beef-boeuf-attendris-meca-fra.php

xliv **Éducation sur le tableau de la valeur nutritive**, http://canadiensensante.gc.ca/nutrition-fact-valeur-nutritive/index-fra.php?_ga=1.22631608.261171030.1409863542

xlv **Freiner l'obésité juvénile**, http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/framework-cadre/index-fra.php

xlvi **Assiette bien manger**, http://www.canadiensensante.gc.ca/eating-nutrition/healthy-eating-saine-alimentation/tips-conseils/interactive-tools-outils-interactifs/eat-well-bien-manger-fra.php?_ga=1.22245560.261171030.1409863542

xlvii **Trousse éducative mangez bien et soyez actif**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/toolkit-trousse/index-fra.php

xlviii **Boîte à outils pour une saine alimentation**, http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/part/tb-bo/index-fra.php

xlix **Règlement sur les cosmétiques**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/C.R.C.%2C_ch._869/TexteComplet.html

l **Règlement sur les lits d'enfant, berceaux et moïse**, http://www.laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2010-261/page-1.html

li **Règlement sur la marihuana à des fins médicales**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2013-119/index.html

lii **Évaluation du Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/dscif-ficsi-eng.php

liii **Loi de mise en œuvre du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-36.5/

liv **Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires**, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/N-28.3/

lv **Politique de 1979 sur la santé des indiens**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php

lvi **Evaluation of the Health Living and Health Child Development Clusters**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/eval/hlhcd-evaluation-vsde-eng.php

lvii **Evaluation of Communicable Disease Control and management Programs**, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/eval/fnih-eval-spni-eng.pdf

lviii *Loi sur la salubrité de l'eau potable des Premières Nations*, http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/S-1.04/

lix **Tableau de renseignements supplémentaire sur la Stratégie fédérale de développement durable**, http://canadiensensante.gc.ca/publications/department-ministere/hc-performance-report-2014-15-rapport-rendement-sc/supplementary-supplementaires-fra.php

lx **États financiers**, http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/2014-15-health-canada-departmental-performance-report/financial-statements-etats-financiers-fra.php

lxi **Tableaux de renseignements supplémentaires**, http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/2014-15-health-canada-departmental-performance-report/supplementary-supplementaires-fra.php

[xx] Dépenses fiscales et évaluations, http://www.fin.gc.ca/purl/taxevp-fra.asp